

Juliana Ribeiro Oliveira

**A INTERSETORIALIDADE E A INTERSECCIONALIDADE NAS POLÍTICAS
PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER NEGRA**

Brasília – DF

Junho/2018

A INTERSETORIALIDADE E A INTERSECCIONALIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER NEGRA

Autora: Juliana Ribeiro Oliveira

Instituição: Escola Nacional de Administração Pública – ENAP

Palavras-chave: Racismo. Saúde da mulher negra. Intersetorialidade. Interseccionalidade.

Resumo Analítico: O presente artigo teve por objetivo identificar o alinhamento dos instrumentos de planejamento e elaboração de políticas sociais atuais com os conceitos de intersectorialidade e interseccionalidade, o que pode potencializar a efetividade das políticas de igualdade racial e contribuir para a redução das desigualdades sociais. Em especial, buscou-se abarcar as necessidades das mulheres negras no que diz respeito à sua saúde. Para tanto, foi realizada uma pesquisa qualitativa utilizando-se de pesquisas documentais. Além disso foram feitas entrevistas semiestruturadas com atores chaves. Foi possível observar que os instrumentos de planejamento apresentaram um avanço significativo no sentido de incorporar a intersectorialidade em seus programas, no entanto a interseccionalidade ainda necessita de uma atenção maior. Além disso, notou-se que o racismo ainda representa uma importante barreira a ser enfrentada para que se consiga atingir um atendimento mais igualitário quando se trata da saúde de mulheres negras.

1. Introdução

O combate às desigualdades no Brasil sempre permeou sua agenda política, com um expressivo destaque a partir de meados dos anos 2000. Sua importância surge expressa no momento em que a Constituição Federal de 1988 o elege como parte dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil ao trazer:

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

[...]

III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;

IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Nesse mesmo artigo da Constituição, é possível identificar a importância que foi dada ao combate às discriminações de qualquer espécie. No que tange à discriminação racial, seu combate apresentou por muito tempo alcance e interesses limitados no Brasil de acordo com Theodoro (2008). A progressiva atuação do Movimento Negro, em especial, fez com que esse debate saísse da esfera da existência ou não da discriminação racial no país, passando a discutir as demandas e a necessidade de formulação de políticas públicas específicas e setoriais para esse grupo da população.

No caso da saúde, no entanto, segundo Werneck (2016), apesar das reivindicações da população negra e de movimentos sociais por um acesso adequado a um sistema com integralidade e equidade, suas manifestações não foram suficientes para inserir mecanismos explícitos de superação das barreiras enfrentadas pela população negra no acesso a esse fundamental direito, particularmente aquelas interpostas pelo racismo. No caso das mulheres negras, Roberto (2016) afirma que a combinação do racismo com o machismo as colocam num estado superior de vulnerabilidade social fazendo com que sejam as maiores vítimas do descaso institucional.

Com isso, tendo em mente que problemáticas sociais são questões multideterminadas, ou seja, são determinadas e influenciadas por uma série de dimensões sociais mais amplas e estruturais, as quais requerem um conjunto amplo de métodos e técnicas para estudá-las e enfrentá-las, faz-se necessário

realizar uma progressiva atualização no modo de se formular e executar as políticas sociais.

Desse modo, de acordo com Couto (2014), o planejamento brasileiro assumiu uma perspectiva sistêmica, construída a partir de parcerias institucionais, diálogo federativo e participação social, deixando para trás seu caráter contábil de orçamento plurianual e passando a comunicar de forma mais direta as grandes metas e compromissos do governo.

Diante desse contexto, este artigo busca identificar o alinhamento dos instrumentos de planejamento e elaboração de políticas sociais atuais com os conceitos de intersectorialidade e interseccionalidade, o que pode potencializar a efetividade das políticas de igualdade racial e contribuir para a redução das desigualdades sociais. Em especial, buscou-se abarcar as necessidades das mulheres negras no que diz respeito à sua saúde, uma vez que segundo o Censo de 2010, a população de mulheres negras¹ brasileiras é de 48 milhões e vivem, em sua maioria, na zona urbana. A população feminina no Brasil corresponde a 51% da população e as mulheres negras são 25% da população feminina. Desse modo abordar a questão da saúde da mulher negra e a maneira com que o Estado enfrenta essa situação é crucial para que seja possível entender e buscar os melhores meios para o enfrentamento das desigualdades raciais.

Assim, este artigo pretende sistematizar alguns aspectos importantes para o debate de diversos fatores que influenciam na atual situação da saúde da mulher negra, bem como mecanismos que possam reduzir o tratamento desigual a elas dispensado. O estudo está dividido em sete seções, incluindo esta Introdução. O segundo tópico versa sobre o racismo e as desigualdades raciais ainda existentes no país, abordando as consequências que essa discriminação traz com sua prática. Em seguida é realizado um apanhado bibliográfico dos conceitos de intersectorialidade e interseccionalidade, a fim de explicitar a importância de se observarem as problemáticas sociais em sua totalidade. O quarto tópico está voltado para a atenção à saúde das mulheres

¹ Neste artigo foram consideradas como mulheres negras o somatório dos valores referentes à pretas e pardas, conforme classificação corrente do IBGE

negras, abordando principalmente as dificuldades enfrentadas por elas. O item seguinte aborda a evolução do Plano Plurianual do executivo federal, destacando a importância da participação social e a tentativa de incluir visões intersetoriais e interseccionais em seus Programas. Na sequência, foi realizada uma análise situacional, levando-se em considerações os diversos relatos colhidos nas entrevistas realizadas, observando os acertos e obstáculos enfrentados para a melhor implementação das políticas, visando, de fato, reduzir as mazelas das desigualdades raciais. Por fim, foram feitas as considerações finais com as conclusões e sugestões de melhoria sobre a temática.

1.1. Procedimentos Metodológicos

Para alcançar o objetivo proposto, este artigo realizou uma pesquisa qualitativa, que, segundo Neves (1996), consiste em um conjunto de técnicas interpretativas que buscam descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo. Para tanto, foram feitas pesquisas documentais, buscando informações acerca da temática do racismo e seu combate, o tratamento dado à saúde das mulheres negras, bem como as evidências sobre a aplicação dos conceitos de intersetorialidade e interseccionalidade nas políticas universais.

Além disso, foram realizadas entrevistas semiestruturadas (Apêndice A) com atores-chaves para este tema, com o intuito de apreender a percepção dessas pessoas no que diz respeito à elaboração e implementação das políticas e programas voltados a esse público. A escolha por esse formato de entrevista se deu pelo fato de possibilitar a elaboração de um roteiro pré-definido, porém com a liberdade de permitir que o entrevistado discorra sobre o tema, mudando a ordem das perguntas ou acrescentando novas questões, como explica Minayo (2010).

As entrevistas ocorreram entre o período de 13 a 25 de abril de 2018, abrangendo um total de 6 pessoas entrevistadas que se prontificaram a assinar um Termo de Consentimento (Apêndice B), com o intuito de formalizar sua participação. Foram entrevistados: dois representantes do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão - MP, uma representante do Ministério da Saúde - MS, uma ex-diretora da Secretaria Nacional de Políticas

de Promoção da Igualdade Racial - SEPPIR, bem como representantes das Coordenações de Política de Saúde da População Negra dos Municípios de Recife - PE e Porto Alegre - RS. A escolha dessas pessoas se deu com o objetivo de buscar visões tanto do ponto de vista da gestão como da implementação das políticas, assim como possibilitar também uma visão subnacional do tema estudado.

2. Racismo e Desigualdades raciais

O racismo, bem como seus reflexos na distribuição dos recursos em geral, são elementos estruturantes da desigualdade social no Brasil. Para Silva (2013, p. 13)

A persistência da diferenciação racial no acesso a serviços públicos, na aquisição de capacidades e na posição social desvela as consequências da atuação sistemática de mecanismos de produção e reprodução das desigualdades em vários campos da vida social.

A autora afirma, ainda, que o peso dos efeitos dessa diferenciação racial e sua magnitude são reafirmados por meio da evidenciação estatística, uma vez que a população negra se encontra em situação de vulnerabilidade em praticamente todos os indicadores sociais.

Essa violência física e simbólica empregada à população negra ao longo de todo o processo histórico, ocasiona, por muitas vezes, a negação de sua humanidade plena, como afirma Gomor dos Santos (2018). Heller (2014 *apud* Gomor dos Santos, 2017) alega que dentro da individualidade de cada pessoa coexistem tanto a particularidade quanto a universalidade, tornando um indivíduo sempre simultaneamente um ser particular e um ser genérico. Dessa forma, ao pensar no termo totalidade, deve-se ter em mente que todas as particularidades sociais influenciam e são influenciadas reciprocamente. A partir do momento que um indivíduo é impedido de alcançar todas as oportunidades a ele inerentes, deve-se analisar todas as mediações que contribuem para esse impedimento (GOMOR DOS SANTOS, 2017).

Nesse sentido, Jaccoud (2008) afirma que a desigualdade social entre brancos e negros é, ainda, uma das mais cruéis presentes nas dimensões sociais brasileiras. A estrutura hierárquica, classista e racista da época colonial fez com que as pessoas negras ocupassem um lugar subordinado,

apresentando maiores níveis de pobreza material e imaterial e exclusão social e política. Essas diferenças estão marcadas em todos os campos sociais brasileiro, observando o comportamento nas esferas de educação, saúde, renda, cultura, acesso a empregos estáveis, violência ou expectativa de vida, a população negra encontra-se submetida às piores condições. Nota-se ainda que, apesar dos avanços alcançados, as políticas universais se mostram insuficientes no que diz respeito ao enfrentamento do racismo e da discriminação racial.

No caso da violência, Cerqueira, *et. al.* (2017) apontam que de cada 100 pessoas que sofrem homicídio no Brasil, 71 são negras. Estes autores estimaram que o cidadão negro possui chances 23,5% maiores de morrer assassinado em relação a cidadãos de outras raças/cores, descontando-se o efeito da idade, sexo, escolaridade, estado civil e bairro de residência. Ao abordarem o tema de violência contra a mulher, as discrepâncias tornam-se ainda mais latentes ao compararem as mortes de mulheres negras e não negras.

Enquanto a mortalidade de mulheres não negras teve uma redução de 7,4% entre 2005 e 2015, atingindo 3,1 mortes para cada 100 mil mulheres não negras – ou seja, abaixo da média nacional -, a mortalidade de mulheres negras observou um aumento de 22% no mesmo período, chegando à taxa de 5,2 mortes para cada 100 mil mulheres negras, acima da média nacional (Cerqueira, *et.al.*, 2017, p. 37).

Além disso, os autores revelam que cresceu também a proporção de mulheres negras entre o total de mulheres vítimas de mortes por agressão, passando de 54,8% em 2005 para 65,3% em 2015, evidenciando que a combinação entre desigualdade de gênero e racismo é bastante perversa, configurando-se fundamental para a compreensão da violência letal contra mulheres no Brasil.

Segundo Jaccoud (2008), a origem da produção e reprodução da desigualdade racial remonta ao processo histórico de afirmação da supremacia racial branca, percorrendo quase quatro séculos, em que o país conviveu com a escravidão. De acordo com Theodoro (2008), a consolidação da visão racista de que só haveria progresso no país caso houvesse o “branqueamento” da população favoreceu a adoção de medidas e ações governamentais que

promoveram a exclusão, a desigualdade e a pobreza deste grupo e que se reproduziram até os dias atuais.

Para Gomor dos Santos (2017), a escravidão desempenhou papel fundamental para a ideologia racista que ainda hoje acomete a população negra, no entanto, devido ao aspecto temporal de sua existência, não pode ser considerada causa direta do racismo. Com base em Gonzales e Hasenbalg (1982), a medida que se afasta do tempo final da escravidão, menos esse argumento deveria ser utilizado para justificar a atual subordinação dessa população.

Santos (2000 *apud* Jaccoud, 2008) explica que, sempre que uma pessoa é impedida de exercer um direito, ou lhe seja negada a oportunidade de usufruir das mesmas oportunidades e tratamentos que outras em função unicamente de sua raça, gênero ou idade, existe discriminação. No que diz respeito ao racismo, Gomor dos Santos (2017) afirma que a base da discriminação e do preconceito se encontra na noção de raça em suas expressões sociais e não apenas a raça biológica, desse modo, a sociedade tende a determinar as características psicológicas e de caráter a partir da cor da pele, do formato do rosto e outras características fenotípicas.

De acordo com Jaccoud (2008, p. 137)

A presença do racismo, do preconceito e da discriminação racial como práticas sociais, aliadas à existência do racismo institucional, representam um obstáculo à redução daquelas desigualdades, obstáculo este que só poderá ser vencido com a mobilização de esforços de cunho específico. Assim, a implementação de políticas públicas específicas, capazes de dar respostas mais eficientes frente ao grave quadro de desigualdades raciais existente em nossa sociedade, apresenta-se como uma exigência incontornável na construção de um país com maior justiça social.

A despeito de a autora ressaltar a importância de se implementar políticas específicas voltadas para o tema, cabe esclarecer que as políticas públicas voltadas para as questões raciais não devem ser consideradas como um exemplo de política focalizada. De acordo com Pereira e Stein (2010) a lógica da focalização prioriza a fragmentação e o curto prazo, as políticas sociais são determinadas pelo imediatismo nos resultados que, em geral, referenciam-se na renda. Comumente essas políticas restringem-se a

acontecimentos isolados, observando apenas as preferências individuais em substituição às necessidades sociais e históricas, que são essenciais para que se possa pensar em mudanças estruturais de longo prazo.

Em contrapartida, o conceito da universalidade surge da noção de “*não estabelecer critérios desiguais de elegibilidade que humilhem, envergonhem, estigmatizem e corrompam o status de cidadania de quem precisa de proteção social pública*” (PEREIRA; STEIN, 2010). Essa noção vai ao encontro dos objetivos pelos quais o Movimento Negro busca implementar nas políticas específicas para a população negra.

Com a preconização da “democracia racial”, no decorrer do século XX, os debates sobre a temática das desigualdades raciais foram soterrados, ficando excluídos também durante a ditadura civil-militar de 1964 onde quaisquer atividades que pudessem gerar discussões que dividissem o país fossem consideradas como subversivas, desencadeando a perseguição dos ativistas do movimento negro, conforme expõe Gomor dos Santos (2018). Dessa forma, reafirmando que o aumento do debate acerca da temática de desigualdade racial no país não é recente, Jaccoud (2008) identifica sua maior inserção nos debates públicos na década de 1980, quando o Movimento Negro, apoiado pelo contexto da redemocratização do país, incluiu a pauta do racismo e da discriminação racial nos debates sobre democracia e igualdade. A Marcha Zumbi dos Palmares, na década de 90, fez com que o governo federal se ocupasse do tema, resultando na criação do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra. Cabe ressaltar, ainda, que esse debate ganhou nova força em 2001, com a III Conferência Mundial contra Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância correlata e, em 2003, atingiu um outro nível de institucionalidade, com a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR, conforme esclarece Silva, *et. al.* (2011).

A CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe, por meio do Panorama Social da América Latina, realizado em 2016, aponta que as desigualdades étnico-raciais, aliadas com as socioeconômicas, constituem eixos da matriz da desigualdade social na América Latina, que se manifestam

nas mais diversas esferas do desenvolvimento social, entre elas a posição socioeconômica, a saúde, a educação e o trabalho.

Neste contexto, de acordo com essa Comissão,

Os mecanismos de promoção da igualdade racial ocupam diferentes lugares na hierarquia do Estado, o que determina sua área de influência. Este aspecto é importante, considerando que eles trabalham em temas transversais que demandam a articulação entre diversas instâncias do governo, tanto setoriais como nos âmbitos nacional, estadual e local, além de requerer coordenação com a sociedade civil. Deve-se destacar que a instabilidade que estes mecanismos ainda enfrentam nos países da América Latina não só põe em risco a defesa dos direitos dos afrodescendentes², mas também afeta os recursos que lhes são atribuídos e, portanto, restringe seus campos de ação. O fortalecimento da autoridade destes mecanismos dentro do Estado poderia melhorar seu papel coordenador, tornando mais efetivas as políticas de promoção da igualdade racial (CEPAL, 2016, p. 38).

Cabe ressaltar que, ainda de acordo com a CEPAL (2016), a América Latina e o Caribe possuem um elevado número de pessoas negras devido ao tráfico de pessoas africanas realizado pelos conquistadores europeus durante quase 400 anos. Desse modo, a atenção da Organização das Nações Unidas – ONU volta-se para essa região a fim de concretizar medidas fundamentais e compromissos para a resolução desses problemas estruturais que continuam a ser reproduzidos pelos países que fazem parte da América Latina.

3. Os conceitos de intersectorialidade e interseccionalidade

As problemáticas sociais em suas múltiplas formas de manifestação e as diferentes barreiras enfrentadas pelos mais diversos grupos requerem diagnóstico e análise mais profundos. De acordo com Pires (2017) não é possível alcançar a equidade de forma plena apenas com o viés de distribuição de renda, uma vez que há uma multidimensionalidade de formas de desigualdades que impõe barreiras à ascensão social e a melhoria da qualidade de vida dos segmentos mais vulneráveis.

Dessa forma, o reconhecimento de que o conceito substantivo de igualdade é multifatorial fez com que novas demandas fossem impostas pelos diversos grupos que compõem a sociedade, demonstrando a necessidade de

² O termo “afrodescendentes” ainda é comumente utilizado em praticamente toda a América Latina, no entanto, no Brasil, está em desuso, sendo preferencialmente adotada a expressão “pessoas negras”.

direcionar um olhar mais abrangente e integral sobre a realidade. Com isso, ficou patente que as formas tradicionais de operacionalizar a intervenção pública refletiam o atendimento fragmentado e setorizado das demandas sociais, tornando-se insuficientes para dar respostas à complexa realidade da sociedade brasileira (PEREIRA; TEIXEIRA, 2013).

Nesse sentido, Inojosa (2001) ressalta que o aparato governamental reflete a dinâmica das disciplinas acadêmicas as quais, isoladamente, não são capazes de captar aquilo que está tecido em conjunto. Essa dinâmica, segundo ela, faz com que o governo seja todo fatiado por conhecimentos, saberes e corporações, não se levando em consideração as necessidades das pessoas e famílias em sua totalidade, e sim provendo itens isolados para todos, valendo-se de um conceito deturpado de universalização, uma vez que não se pode dar o mesmo benefício para diferentes grupos sem analisar efetivamente os impactos em cada um deles.

Contraopondo-se a esse modelo, surge a lógica da intersetorialidade, a qual Pereira (2011) considera um rompimento da tradição fragmentada da política social, dividida em setores. Para ela, essa lógica permite que propicie mudanças de fundo, ou seja, de conceitos, valores, culturas, institucionalidades, ações e formas de prestação de serviços, representando, também, um novo tipo de relação entre Estado e cidadão.

Inojosa (2001, p. 105) conceitua intersetorialidade como a *“articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas”*. Lisboa e Lolatto (2012, p.1), por sua vez, dizem que a intersetorialidade *“prevê ações integradas entre diferentes setores responsáveis pelas políticas sociais e entre diferentes espaços da esfera pública no encaminhamento de situações sócio assistenciais”*.

Nessa perspectiva, de acordo com Pereira e Teixeira (2013), o conceito de intersetorialidade surgiu ligado ao conceito de rede, contraopondo-se à gestão setorizada e especializada, propondo integração, articulação dos saberes e dos serviços ou até mesmo a formação de redes de parcerias entre

os sujeitos para o atendimento às demandas dos cidadãos. Assim, a intersectorialidade aparece como uma estratégia de gestão integrada para a abordagem dos problemas sociais, respeitando a autonomia de cada ator envolvido no processo.

Associada a esses conceitos, a interseccionalidade surge como uma proposta para caracterizar a interação entre múltiplas formas de diferenças e desigualdades que atingem diversos segmentos, como por exemplo, mulheres-negras-pobres ou homens-jovens-gays. A intenção, nesse caso, é entender a lógica e as consequências políticas do cruzamento de vários eixos de subordinação (MELLO e GONÇALVES, 2010).

Para Matos (2011), a interseccionalidade estabelece uma articulação entre as categorias gênero, raça/etnia, classe, geração, entre outras, e nasce da necessidade de explicar como normas, valores, ideologias e discurso, assim como estruturas sociais e identidades influenciam-se reciprocamente.

Collins (n.d. *apud* Eve Mitchell, 2015, p. 6) traz como conceito de interseccionalidade a *“análise que reivindica que sistemas de raça, classe, gênero, sexualidade, etnia, nação e idade formam elementos mutuamente construtivos de uma organização social”*. Com isso, teóricos da interseccionalidade defendem que as várias identidades necessariamente diferenciam as pessoas das que não compartilham das mesmas identidades, ou seja, alguns indivíduos ou grupos são diferenciados de outros grupos ou indivíduos baseado em suas experiências de vida.

Embora a teoria da interseccionalidade busque sobrepor as limitações das políticas identitárias, a autora citada entende que ela fica aquém desse propósito, uma vez que, para ela, essas políticas estão enraizadas em uma expressão unilateral do capitalismo. Desse modo, as relações sociais como o gênero, por exemplo, tornam-se objetos estáticos, organizando a sociedade em indivíduos ou grupos sociais com características pretensamente naturais. Tem-se assim como consequência uma única possibilidade de luta dentro dessas políticas, que é a pautada na distribuição igual ou no individualismo.

Schaefer (2016), por sua vez, entende que as relações sociais são consubstanciais; ao se desenvolverem, essas relações se reproduzem e se coproduzem mutuamente. Isto é, não é possível entender esses casos a partir de uma política de diferença, da seccionalização das opressões que se agrupam de forma quantitativa, tal como é proposto em algumas análises da teoria da interseccionalidade.

Dessa forma, sabendo-se que ao longo do desenvolvimento da ciência moderna, a compartimentalização e a divisão de especialidades tornaram-se fundamentais para o processo de busca pelo conhecimento, e que a administração pública foi moldada segundo essa lógica cartesiana, a intersectorialidade e a interseccionalidade podem contribuir para o enfrentamento dos novos desafios da realidade, cada vez mais impossibilitadas de atender as demandas da população dentro dos muros fechados das políticas setoriais, conforme apontam Pereira e Teixeira (2013).

4. Atenção à saúde das mulheres negras

De acordo com a Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras - AMNB (2012), o racismo no Brasil surge como uma barreira importante para o gozo pleno do direito à saúde de mulheres e homens negros. Essa discriminação diz respeito não apenas às maiores taxas de adoecimento e morte por causas evitáveis, mas também à maior carga de doenças e ao menor acesso às ações de promoção, prevenção e recuperação em saúde. Essa situação decorre da interferência que o preconceito causa nos processos de redistribuição de bens sociais, impedindo ou dificultando o acesso tanto a recursos para a vida saudável, quanto às políticas e ações do sistema de saúde para os grupos em situação de inferiorização racial.

A despeito da disposição legal estabelecer que a saúde é um direito universal garantido pelo Estado, conforme expresso no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, cabe ressaltar que saúde não é só o estado em que se encontra o indivíduo, sem doenças, mas há uma articulação entre as condições de vida e a promoção de saúde que influenciam o bem-estar físico, mental e social, como expõe Lima e Volpato (2014).

A mulher negra vem enfrentando disparidades que a colocam em um patamar de inferioridade tríplice na sociedade brasileira, permeada pelo racismo, a questão de gênero e a classe econômica, sendo esses os principais fatores para a má qualidade de vida e bem-estar global, provocando uma situação precária de saúde (LIMA e VOLPATO, 2014).

A AMNB (2012) explica que o racismo é múltiplo, ou seja, tem várias faces e formas de atuação, podendo variar de acordo com a diversidade de sujeitos e grupos atingidos por ele. No caso das mulheres negras isso também se evidencia, uma vez que essas mulheres não são iguais entre si. Pode-se citar como exemplo a relação entre racismo e patriarcado, em que a heterossexualidade é obrigatória, mulheres negras heterossexuais podem apresentar vantagens em relação a mulheres negras lésbicas. No entanto, comparando-se as vantagens que eventualmente tais mulheres negras experimentam ante a outras mulheres negras, ainda assim essas vantagens não são capazes de erradicar o impacto do racismo em suas vidas. A servidora do Ministério da Saúde relata bem essa disparidade de tratamento existente:

...mulheres negras lésbicas são invisíveis nas políticas de saúde, a saúde da população negra não contempla essas mulheres, as mulheres trans não são contempladas, as mulheres com deficiência não estão contempladas. As mulheres com deficiência estão em um outro departamento, onde as pessoas têm uma resistência, elas não conversam com a população negra, então está tudo muito longe.

Desse modo faz-se essencial analisar a saúde da mulher negra de maneira mais profunda, enxergando que há especificidades na probabilidade de obtenção de doenças, como a Hipertensão, Diabetes Mellitus Tipo II, Morte Materna em mulheres negras e Anemia Falciforme. Ao investigar os fatores que explicam a alta incidência dessas doenças nas mulheres negras, nota-se que o fator determinante desta situação é o racismo. A questão de gênero que o sexo feminino enfrenta e a desigualdade de classes existente na sociedade atual em que se vive a sociedade capitalista também são apontados como fatores que devem ser levados em consideração (LIMA e VOLPATO, 2014).

Além disso, de acordo com o Ministério da Saúde (2005, p.12):

A esperança de vida para as mulheres negras é de 66 anos, enquanto que para as mulheres brancas é de 71 anos. Há um potencial patogênico das discriminações sobre o processo bem-

estar/saúde e doença/mal-estar, e como a mulher negra está na intersecção 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 autoestima. 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.

Adicionalmente, existe um consenso no Brasil sobre as doenças que mais acometem a população negra e que necessitam de uma abordagem mais específica para que seja possível promover uma equidade na saúde do país. Podem ser divididas em três categorias distintas, a saber: a) doenças geneticamente determinadas - doença falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase, foliculite; b) adquiridas em condições desfavoráveis – desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, DST/HIV/aids, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas); e c) de evolução agravada ou tratamento dificultado - hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Outro fator determinante quando se trata da atenção à saúde da mulher negra perpassa pela questão do racismo institucional, como alerta Roberto (2016). A autora destaca a desigualdade no atendimento devido a cor do usuário, manifestando-se através de negligência no atendimento, insultos ou a resistência no fornecimento do serviço. Além disso, Gomor dos Santos (2018) relata que, durante quase vinte anos, entre as décadas de 1960 e 1980, o Brasil financiou, junto com Organismos Internacionais, políticas de esterilização das mulheres negras, favorecendo abertamente a busca por uma seletividade nas mulheres que deveriam se reproduzir.

O estereótipo racista de que a mulher negra é “forte” e “mais resistente a dor” acarreta enormes implicações à sua saúde. O período gestacional das mulheres negras é frequentemente negligenciado, a maioria dos médicos sequer examinam atentamente as queixas da gestante, dessa forma, doenças que poderiam ser diagnosticadas previamente e evitadas se transformam em

mais estatísticas de causas de mortes maternas, conforme relata a Coordenadora de Saúde da População Negra do Município de Recife:

Em Recife, a mortalidade ainda é muito alta, e, em 100% dos casos, são mortes evitáveis. São mulheres que não tem acompanhamento de pré-natal, no momento do parto recebem menos anestesia devido ao mito de serem mais fortes, entre outros fatores que poderiam ser facilmente evitáveis na atenção básica.

A ausência de informações sobre a variável cor na maioria dos sistemas de informação da área da saúde dificulta uma análise mais consistente sobre o estado de saúde da população negra, segundo Carvalho (2012). No entanto, a autora apresentou dados do Ministério da Saúde com resultados por meio da análise de dados socioeconômicos. Esses resultados demonstraram que a grande maioria das mulheres negras se encontram abaixo da linha de pobreza e a taxa de analfabetismo é o dobro quando comparada à das mulheres brancas. Além disso, mulheres negras têm menos acesso a serviços de saúde de qualidade, e apresentam maior risco de contrair determinadas doenças e morrer por causa delas. Adicionalmente, fatores como menor acesso à assistência obstétrica, durante o pré-natal, o parto ou o puerpério e à atenção ginecológica também colocam as mulheres negras em situação de desvantagem.

De acordo com a AMNB (2012), para garantir o acesso e a qualidade da atenção à saúde é preciso que se desenvolvam diagnósticos singularizados e propostas de ação e políticas. A Associação desenvolveu uma série de recomendações visando uma aproximação entre os dispositivos legais e as ações cotidianas de saúde para garantir a realização dos direitos dessas mulheres negras. Essas recomendações foram organizadas em dois grupos: a) recomendações programáticas, voltadas para as três esferas de gestão dos Sistema Único de Saúde – SUS, por meio do desenvolvimento de diagnósticos mais aprofundados que revelem as disparidades raciais, entre outros; e b) recomendações para as mulheres negras, oferecendo caminhos da atuação para os grupos ativistas que lutam em prol desse público.

5. O Plano Plurianual (PPA) e a aplicação dos conceitos

De acordo com Cardoso Jr. (2015) um sistema de planejamento bem elaborado é a única coisa capaz de superar uma situação fragmentada e competitiva existente no governo, permitindo uma convivência articulada e cooperativa entre órgãos públicos e sociedade civil. Quando estruturado de maneira sistêmica e estratégica é capaz de promover dinamicidade a governos que se encontram inertes, permitindo que as sociedades transitem para um futuro um pouco menos incerto e mais condizente às necessidades sociais modernas.

No entanto, as décadas de 80 e 90 foram caracterizadas por um processo de desconstrução do planejamento no Brasil, marcado pelo desmonte do Estado. Nesse período os planos adquiriram a personalidade de instrumentos meramente formais, ganhando relevância as listas de projetos prioritários de gerenciamento intensivo. Apenas no PPA 2000 - 2003 houve a intenção de aproximar planejamento e gestão com foco nos resultados a serem alcançados (COUTO, 2014).

Ainda de acordo com Couto (2014, p. 122), *“o amadurecimento institucional e a percepção do modelo de Estado necessário para implementar a estratégia de desenvolvimento que ganhava centralidade na arena política produziram uma evolução gradual no planejamento público no Brasil”*. Dessa forma, o modelo do PPA para o período de 2012 - 2015 apresentou *“a capacidade de produzir uma síntese das políticas setoriais num documento abrangente e coerente, sem procurar enquadrá-las em uma modelagem única que poderia limitar seu grau de pertinência e corresponsabilidade”* (COUTO, 2014, p. 124).

A representante do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, no momento da entrevista corrobora com as ideias de Couto ao afirmar:

...o PPA 2000 – 2003 é o primeiro PPA nos moldes que a gente conhece, teve lá atrás o 96-99 e o 91-95. O 91-95 ele foi muito mais para cumprir com a obrigação da Constituição de fazer o PPA [...]. No 12-15 é quando há realmente uma ruptura muito grande na metodologia. A ideia era não ter Programa mais por órgão e sim por temas, aí ficou nítido que seria necessário que os órgãos conversassem, e, mesmo durante as oficinas de elaboração do PPA, essas oficinas eram por tema.

Desse modo, Cardoso Jr. *et. al.* (2015) explica que para valorizar os aspectos inerentes de cada política, evitando, assim, que ocorressem a sobreposição entre Plano e Orçamento, como era comum acontecer nos Planos anteriores, os programas que compõem o PPA 2012-2015 foram divididos em dois grandes grupos: Programas Temáticos e Programas de Gestão, manutenção e serviços ao Estado. Esses programas temáticos foram organizados partindo de macro áreas de atuação do governo, buscando-se uma maior aderência às políticas públicas. Por sua vez, esses programas foram organizados em categorias, que se tornaram os objetos de monitoramento do plano plurianual, quais sejam: Indicadores, Objetivos, Metas e Iniciativas³.

Além disso, a principal inovação no PPA 2012-2015 se deu com a constituição do Fórum Interconselhos, espaço que passou a reunir os representantes da sociedade civil dos diversos conselhos setoriais na elaboração do Plano, avançando também nas práticas de participação social (COUTO, 2014). Esse Fórum representa uma instância privilegiada de participação que reúne os mais diversos Conselhos Nacionais, visando promover-lhes a articulação das políticas públicas, formulando, assim, recomendações para aprimorar a intersectorialidade e transversalidade do PPA. Dessa forma, busca-se a unidade de ação da sociedade com o intuito de fortalecer o diálogo com as instâncias do governo. (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E GESTÃO, 2018).

Ademais, o Plano Plurianual tem se organizado, desde o 2012-2015, por meio das Agendas Transversais, que permitem formas diferenciadas de acompanhamento da ação do governo sobre públicos e temáticas específicas. Essa organização permite uma visão sistematizada das ações de governo

³ **Indicadores:** conjunto de parâmetros que permite acompanhar a evolução de um programa;

Objetivos: deve expressar as escolhas de políticas públicas para a transformação de determinada realidade;

Metas: expressam a medida de alcance do Objetivo, podendo ser de natureza qualitativa ou quantitativa;

e

Iniciativas: é o atributo do Programa que declara os meios que viabilizam os Objetivos e suas metas, explicitando o “como fazer” ou as entregas de bens e serviços resultantes da atuação do Estado ou os arranjos de gestão.

(Fonte: Cartilha “Orientações para elaboração do Plano Plurianual 2016-2019” disponível na página do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão).

propiciando uma outra perspectiva de monitoramento, de modo que essas Agendas reflitam não somente as ações implementadas diretamente pelo Órgão responsável, mas todas as ações que, direta ou indiretamente, possam contribuir para a temática, evidenciando, dessa forma, a intersectorialidade das políticas públicas (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E GESTÃO, 2018).

Ao realizar a entrevista, o servidor do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão faz o seguinte relato acerca das Agendas Transversais:

A partir do PPA 12-15 é que foram criadas as tais Agendas Transversais, na verdade a primeira inovação do 12-15 é que ele vai agrupar as coisas por programas temáticos.... Então isso foi interessante porque de alguma forma começou a ordenar melhor esses públicos temáticos que a gente tem tratado desde então. Isso foi bom porque dá histórico, dá memória, dá para compreender melhor o que é uma Agenda Transversal, que é o conceito que na Academia se chama de intersectorialidade, no Executivo se trabalha com a ideia de transversalidade.

O PPA atual, 2016-2019, não apresentou nenhuma inovação metodológica quando comparado ao seu anterior. Foram pactuadas 09 (nove) Agendas Transversais: Criança e Adolescente; Juventude; Pessoa Idosa; Políticas para as Mulheres; População LGBT; Pessoa com Deficiência; População em Situação de Rua; Igualdade Racial, Comunidades Quilombolas e outros Povos e Comunidades Tradicionais; Povos Indígenas. No entanto, houve uma redução sistemática quando comparado ao seu antecessor. Enquanto o PPA 2012-2015 apresentava um total de 65 Programas Temáticos detalhados em 492 objetivos e 2.417 metas, o 2016-2019 trouxe 54 Programas Temáticos com 303 objetivos e 1.132 metas.

Nesse sentido, a partir das inovações trazidas pelo PPA 2012-2015 e continuadas no PPA 2016-2019 o instrumento de planejamento governamental passou a adquirir uma capacidade maior de expressar as prioridades políticas que antes ficavam restritas apenas à lógica orçamentária. Dessa maneira, a integração entre as políticas, dando um tratamento especial às transversalidades e multissetorialidades, não fica mais circunscrita apenas nas ações orçamentárias. Para ilustrar, seguem algumas Metas e Iniciativas retiradas do Programa de Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (Anexo I)

e que refletem a preocupação para com a saúde de pessoas em situação de vulnerabilidade, como é o caso das mulheres negras:

- 06OR - Apoio à participação social de mulheres, negros, povos e comunidades tradicionais, juventude, LGBT, pessoas com deficiência e pessoas em outras situações de vulnerabilidade, respeitadas as suas especificidades, nos processos de formulação e implementação de políticas públicas de saúde;
- 04HN - Implantar 20 comitês de políticas de promoção de equidade em saúde para populações em situação de vulnerabilidade social;
- 06Q3 - Atualização do Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra;
- 05QP - Adequação ou regulamentação da alimentação de sistemas de informação do SUS, considerando a orientação sexual, a identidade de gênero, a raça/cor e a etnia, para promover o cuidado integral com equidade;
- 06Q4 - Redução da morbidade/mortalidade materna de mulheres negras.

6. Análise Situacional

Ao se falar em planejamento, Santos (2011) explica que surgem diversos conceitos que geralmente versam sobre o processo de definição de resultados, os meios para se alcançar os objetivos ou as maneiras de interferir na realidade, transformando-a, decidindo, no presente, ações que afetam o futuro. No entanto, ele afirma que

É imperativo associar a esses conceitos o espaço público, com todas as suas características. Isto significa dizer que as reflexões sobre planejamento governamental não podem estar dissociadas dos conceitos básicos de ciência política relativos ao Estado – poder, legitimidade, conflito, política, hegemonia, ideologia etc. (SANTOS, 2011, p. 308).

Nesse sentido, o Plano Plurianual, instrumento constitucional de planejamento, foi se moldando com o intuito de delinear melhor as principais demandas da sociedade, de forma que fosse possível subsidiar os órgãos no que diz respeito à elaboração de suas políticas. A partir de 2003, com o início do Governo Lula, a questão dos direitos humanos ganhou maior destaque

entre as políticas, refletindo também na elaboração do PPA 2004-2007, conforme relata a ex-diretora da Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR:

Aquele foi um PPA muito interessante e emblemático por que foi a primeira vez que a sociedade civil participou de uma maneira quase que direta da construção do PPA do Governo Federal, então para nós foi um marco histórico, um momento muito importante. Logicamente, como era a primeira experiência de garantir a participação da sociedade civil, aquele PPA, que foi o do primeiro governo Lula, não era tão aprofundado, mas foi uma experiência muito produtiva e para as organizações da sociedade civil foi um marco histórico.

Conforme relatado, por se tratar de uma primeira experiência, o PPA 2004-2007 não se aprofundava tanto nas questões intersetoriais e interseccionais, de acordo com o relato da servidora do MP:

No 2004-2007 não existia mais a figura do gerente propriamente dito, mas tinha a Secretaria, o órgão todo, a Secretaria finalística estava responsável pelo programa, a Secretaria que implementava a política que era responsável pelo programa, enfim, teve uma ligação com a instituição e não com a pessoa, mas ainda assim, havia uma dificuldade muito grande com relação a multisetorialidade.

Além disso, a partir de 2003, com a criação da SEPPIR, Silva (2011, p. 3) afirma que o governo avançou na *"consolidação do combate às desigualdades raciais, à discriminação e ao racismo como área de intervenção estatal"*. Essa afirmação foi pontuada pela servidora do MP:

A gente vê que no PPA 2000-2003 não se falava de igualdade racial, você pode procurar, não tem. Com a criação da SEPPIR em 2003, aí na época da elaboração (do PPA seguinte), foi incluído um programa de igualdade racial. Aí você me pergunta assim, "mas antes não se fazia nada?". Tinha, se você procurar no PPA 2000-2003 você acha no Ministério da Cultura, porque tinha a Fundação Palmares toda a questão dos quilombolas, a cultura afro, tinha lá, mas em termos de igualdade racial, de ações afirmativas, de saúde da população negra não tinha.

Desde então, o PPA foi evoluindo no sentido de buscar uma maior intersetorialidade entre os Programas. Nesse seguimento foi delineado o PPA 2012-2015 que apresentou, de acordo com Santos, Ventura e Neto (2015), inovações estruturais significativas, buscando representar da melhor forma as escolhas e as políticas públicas, criando melhores condições para a sua gestão. Diversas falas colhidas na entrevista corroboram com essa visão. Em especial, a representante da SEPPIR relata:

No PPA 2012-2015, eu já estava na condição de governo e foi uma experiência muito interessante porque o MPOG estabeleceu uma estratégia de incorporação das perspectivas de gênero e de raça no

PPA e essa estratégia incluía, por exemplo, a participação de representações da SEPIR e SPM em oficinas dos diferentes Ministérios para que a gente pudesse debater e propor com as equipes desses Ministérios a incorporação de questões, proposições em torno das Agendas.

Essa estratégia adotada pelo Ministério do Planejamento resultou em um PPA com quase 4 mil metas onde foram bem agregados os conceitos de intersectorialidade. No entanto, no que diz respeito à interseccionalidade, ainda deixava muito a desejar, de acordo com a opinião do servidor do MP:

A questão da interseccionalidade é mais complicado porque eu acredito que ela seja mais utilizada quando você está tratando da questão da implementação. Então você tem que entender as questões de classe, de pobreza, de raça, de orientação sexual, de gênero (entre outras), mas ainda assim, eu diria que é mais complicado de se levar em conta a questão de interseccionalidade. Esse conceito de como que diversas opressões juntas, que não é o somatório delas, mas atuam em cima de um determinado indivíduo já é um pouco mais complicado.

A ex-Diretora da SEPIR opina no mesmo sentido:

Ainda que eu reconheça o sucesso daquela iniciativa, não é possível afirmar que aquele PPA incorporava a estratégia de interseccionalidade, porque concretamente isso não depende apenas do Ministério do Planejamento, nós temos uma cultura institucional ainda muito atrasada em relação a incorporação da perspectiva racial, a gente já avançou um pouco mais nas políticas para mulheres, mas ainda não é o que se deseja. O governo federal começou a trabalhar com intersectorialidade, com transversalidade, mas está muito longe de trabalhar com interseccionalidade, que é uma forma muito mais sofisticada de incorporar as perspectivas de gênero e raça.

No entanto, o PPA 2016-2019, mesmo sendo metodologicamente quase uma repetição do PPA anterior, apresentou uma redução na quantidade de informações disponíveis, o que acarreta, de certa forma, uma maior dificuldade de monitoramento dos Programas ali existentes. Como o PPA 2012-2015 ficou muito extenso, houve uma orientação para que se reduzissem a quantidade de metas presentes para aquelas de caráter mais estruturante. Dessa forma, grande parte das metas que existiam foram retiradas ou transformadas em iniciativas e, como ainda não existe nenhum dispositivo legal que obrigue que as iniciativas sejam fiscalizadas, tornou o plano plurianual vigente mais frágil metodologicamente. Os servidores entrevistados do MP relatam suas opiniões a respeito dessa alteração:

...o PPA 16-19 nada mais é do que uma continuidade do 12-15, a metodologia é a mesma, o que mudou foi que diminuiu o número de metas e atualmente você pode monitorar também as iniciativas [...] O

12-15, ficou grande, tinha mais de 3 mil metas, mas você tinha informação ali dentro, as declarações. No PPA 16-19 por causa da história do enxugamento, o órgão não especifica qual é o público, então eu acho que a gente perdeu muita informação (servidora A).

...o PPA 12-15 tinha muitas metas, devia ter umas 3 mil e tantas metas, quase 4 mil metas, quando foi começar a elaborar o 16-19 houve uma orientação de que as metas teriam de ser enxugadas para metas mais estratégicas, foi uma redução substancial das metas. Só que muitas metas que eram relativas a temáticas importantes, como por exemplo o genocídio da população negra, foi colocado como iniciativa, que em termos gerais é um nível abaixo das metas. E o mais importante, essas iniciativas não são fiscalizadas, não são controladas pelos órgãos de controle. No TCU não existe nenhum normativo que obrigue o órgão a implementar uma iniciativa, até porque iniciativa não é entrega, a entrega está na meta. A iniciativa sempre foi um “como fazer”, um meio de implementação. Então assim, uma fraqueza metodológica que tem de ser apontada é que muitas metas do 12-15 foram rebaixadas metodologicamente no 16-19 para iniciativas e as iniciativas não são controladas pelo TCU, não são monitoradas por nós aqui (servidor B⁴).

Apesar dos avanços alcançados até então, as políticas de promoção da igualdade racial ainda enfrentam uma série de obstáculos para serem implementadas e executadas. Esses obstáculos vão desde a alta rotatividade da força de trabalho na Administração Pública até questões orçamentárias que restringem sua execução. Entretanto, vale ressaltar que o principal entrave relatado por todos os entrevistados, incluindo os entes subnacionais, é a questão do racismo institucional. Ele aparece em atitudes que geram obstáculos desde o momento da elaboração das políticas até o momento em que a mulher negra necessita, por exemplo, de atendimento médico-hospitalar. Alguns relatos exemplificam bem a maneira como o racismo se apresenta no dia a dia dos órgãos:

...é preciso toda uma incidência sobre a cultura institucional do Estado brasileiro, que é uma cultura em que o racismo perpassa todas as dimensões, todas as áreas de políticas, e aí o trabalho de dialogar com as equipes desses outros órgãos sobre isso, de demonstrar as desigualdades, de jogar luz sobre as inúmeras pesquisas e análises que comprovam as desigualdades raciais e de gênero nesse país, poder afirmar para esses profissionais e servidores que a tarefa deles enquanto profissionais, enquanto servidores necessita olhar para a questão racial e incorporar a perspectiva de combate ao racismo, senão eles não vão cumprir bem essa tarefa. Se o órgão, qualquer que seja, não entende e não trabalha no enfrentamento ao racismo ele não vai cumprir sua tarefa constitucional de garantir de maneira igualitária o acesso e a qualidade dos serviços em todas as políticas públicas (entrevistada da SEPPIR).

⁴ Vale esclarecer que, apesar do referido servidor atualmente estar trabalhando no Ministério do Planejamento, no momento da elaboração do PPA 2016-2019 e mesmo estava atuando em uma setorial, especificamente na SEPPIR.

É o racismo (o principal obstáculo), ele é uma questão estrutural, e ele faz com que as pessoas não consigam dialogar sobre raça. Ele faz parte da estrutura da sociedade brasileira e ele impede a escuta quando se fala a palavra raça, negro, preto. Já assusta e já dificulta o diálogo. [...] A gente não consegue dialogar com as áreas fim, a gente é uma área meio. A gente não é uma área fim, e isso dificulta também, a gente fazer a mudança da ponta. [...]. Então pela nossa dificuldade organizacional de não ser uma área expressiva em termos de investimento, a gente não consegue dialogar, a gente é pequeno, a gente é anão diante dessa pluralidade que são as outras secretarias. Aí esse diálogo institucional dentro do próprio ministério é muito difícil, esse diálogo intersetorial entre os outros ministérios também é muito difícil porque atualmente temos apenas 4 pessoas para implementar essa política (servidora do Ministério da Saúde).

Apesar de tratar de PPA's diferenciados, as representantes municipais entrevistadas também relataram uma grande dificuldade em implementar suas políticas:

O principal obstáculo enfrentado é o racismo, que faz com que não seja dada a devida importância para as necessidades. Outro obstáculo importante é o próprio desconhecimento da política. Apesar de ser uma política antiga ainda há um grau de desconhecimento sobre ela, deixando-a a margem de outras políticas (representante do Município de Recife).

...o principal obstáculo é que mesmo a política sendo legítima, mesmo constando nos planos de governo, nos planos municipais de saúde, mesmo assim, na prática, quando se pensa na destinação do recurso, na prioridade dos serviços e no que eles têm prioridade, a saúde da população negra não é referendada como priori, ela sempre fica à margem. Então esse é o primeiro obstáculo, é de poder de fato o gestor olhar para o dado, olhar para a análise situacional e perceber que essa análise aponta a existência do racismo como determinante da saúde e priorizar isso. O principal obstáculo é a priorização dessa ação de saúde da população negra ou de uma política pública de combate ao racismo (representante do município de Porto Alegre).

Outro fator relevante sobre os obstáculos que essas políticas encontram reside na questão da baixa representatividade de pessoas negras na Administração Pública. Gomor dos Santos (2018) alerta que, a despeito do princípio da impessoalidade reger o acesso ao serviço público, ainda existe uma sub-representação desse público. As carreiras do Executivo Federal mais concorridas e que apresentam poder de decisão, como é o caso das carreiras dos Ministérios do Planejamento e da Fazenda, promovem uma espécie de seleção adversa devido aos altos salários que oferecem. Essa seleção, de certo modo, faz com que se perpetuem as pessoas de classe média alta que, em geral, são pouco sensíveis às temáticas de cunho social, em especial, à temática racial, impactando no baixo interesse governamental por essa pauta.

Além disso, de acordo com a ENAP (2014) quanto maior o cargo a ser ocupado menor é a quantidade de pessoas negras ocupando-os.

Traçando-se um paralelo com as carreiras da área de saúde, os médicos, em sua grande maioria são pessoas com o mesmo perfil das carreiras decisivas do Executivo e que tendem a reproduzir práticas racistas em seus atendimentos.

Isto posto, as mulheres negras encontram-se em uma situação maior de vulnerabilidade no que diz respeito à sua saúde, em especial quando se trata de saúde sexual e reprodutiva. Isso se deve, pois, o somatório do racismo e do sexismo existentes no país acarreta um duplo grau de preconceito para com esse público. Dessa forma, essas mulheres estão mais suscetíveis a complicações decorrentes da gravidez, uma vez que, em geral, realizam menos consultas de pré-natal quando comparadas às mulheres brancas. De acordo com o Relatório Saúde Brasil 2014, enquanto cerca de 84,9% das mulheres brancas relataram terem feito ao menos 6 consultas de pré-natal, apenas 69,8% das mulheres negras realizaram a mesma quantidade de consultas. A servidora do Ministério da Saúde fala sobre essa questão:

...as mulheres negras passam por menos consultas de pré-natal que faz com que elas estejam menos preparadas para uma situação de risco em uma situação de atendimento. [...] Elas têm menos informações do pré-natal por que tem menos consultas, elas são menos atendidas em situação de emergência, são negligenciadas.

Além disso, é sabido que as modernas concepções de saúde são biopsicossociais, de modo que o ambiente em que a mulher negra está inserida interfere direta ou indiretamente em sua condição de saúde. Uma vez que a maioria das pessoas em situação de vulnerabilidade social são negras, essas mulheres muitas vezes vivem em regiões periféricas e não têm acesso a uma água de boa qualidade ou a uma alimentação saudável, ocasionando doenças como desnutrição ou hipertensão. O servidor do Ministério do Planejamento pontua bem essa questão:

...entre os determinantes sociais da saúde, o saneamento é um deles. Se você não tem acesso a uma água tratada e não tem acesso a esgotamento sanitário faz com que você tenha acesso a uma água de baixa qualidade, que você tenha muito mais desnutrição, que é uma doença que vai se agravando e pode afetar a própria gravidez da mulher e deve afetar as crianças depois quando nascem. São todas temáticas que estão ligadas a pobreza e a pobreza tem uma cor no Brasil, a pobreza é negra.

A representante do Ministério da Saúde também falou sobre a questão dos determinantes sociais:

...existem casos também que são agravadas por condições de saúde, condições históricas de disparidades sociais estruturais. Por exemplo, a hipertensão na gravidez é causada por uma displicência de alimentação correta, acesso nutricional, acesso a uma água de qualidade e vários outros acessos e também dificuldades de se viver, as vezes numa zona periférica, por vários problemas, um salário inferior, dificuldades financeiras, então imagina esse complexo de vulnerabilidades como mulher gestante, isso vai vulnerabilizar essa mulher mais do que outras mulheres a ter uma diabetes, uma hipertensão e também a eclampsia e a hemorragia que também é uma causa de mortalidade grande entre as mulheres.

Para além desse fato, as práticas racistas que ainda persistem nos atendimentos ambulatoriais resultam na alta taxa de mortalidade materna entre as mulheres negras. Ao analisar os dados no Portal do Ministério da Saúde, para o ano de 2016, do total de mortalidades maternas observadas, 54,46% dos casos se referem às mulheres negras. A ex-dirigente da SEPIR pontua o modo como as práticas racistas influenciam na questão da mortalidade materna:

Porque concretamente o fato de não se trabalhar no enfrentamento e na prevenção do racismo institucional faz com que as práticas racistas dos profissionais e servidores da saúde se mantenham e é isso que causa na maioria das vezes a morte das mulheres negras, porque elas não são tratadas de maneira correta no sistema de saúde e isso gera situações de maior risco para as mulheres negras que ocasionam em morte materna.

Diante desse cenário, em 2009, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, por meio da Portaria nº 922, de 13 de maio de 2009. Essa política tem como objetivo principal a garantia da equidade e da efetivação do direito à saúde de negras e negros, reconhecendo o racismo como determinante social das condições de saúde. Além disso, a partir de 2003, a Política Nacional de Humanização prega a valorização de todos os indivíduos envolvidos no processo de produção de saúde, apresentando um potencial para reduzir as iniquidades de raça/cor dentro do sistema de saúde, conforme relata a Coordenadora da Área Técnica de Saúde da População Negra do Município de Porto Alegre:

Elas (as políticas de humanização) possuem um potencial de reduzir as iniquidades de raça/cor, embora a gente tenha muitos obstáculos na implementação dessas políticas, mas elas ainda assim conseguem atravessar e criar estratégias de superar esses obstáculos e conseguir ir reduzindo essas iniquidades. Essas políticas são frágeis pela questão do sistema, mas elas são políticas

eficazes e são os mecanismos mais importantes para a redução das iniquidades. Essas políticas que hoje são garantidas por força de lei norteiam também as gestões e são um instrumento de força para o controle social para poder garantir então as implementações, que as ações sejam realizadas com o objetivo da redução das iniquidades.

No entanto, ainda há um caminho longo a percorrer no que diz respeito ao enfrentamento ao racismo para que seja possível, de fato, que essa política consiga atingir os resultados esperados. Vários entrevistados são céticos quanto à eficácia dessa política:

Uma das dificuldades das políticas de humanização ou das políticas de igualdade é falar que todo mundo é igual [...]. Só que tratar todas as pessoas iguais é não reconhecer as diferenças que fazem parte da sociedade, ninguém é igual a ninguém e todo mundo tem a sua especificidade, tem a sua história, tem o seu ponto de vista, a sua origem, a sua história de vida o seu histórico de saúde e doença, a sua genética [...], mas é importante marcar o racismo como determinante. A política trouxe esse determinante, por exemplo, o racismo é um determinante nas práticas humanizantes, porque as mulheres negras e os homens negros não são tratados como humanos assim como as outras pessoas (entrevistada do Ministério da Saúde).

...ainda há muito o que desenvolver, não só entre a população negra, mas em todos os grupos de vulnerabilidade. Ainda não é possível falar em humanização para a população negra quando o racismo ainda se faz tão presente (representante do município de Recife).

A humanização reflete um fenótipo “ideal”, quer dizer, é quase como se o fenótipo negro não fosse considerado humano. Isso não quer dizer que isso seja deliberado, mas ainda existe isso. Então eu sou muito cético, eu gostaria muito de ouvir de um profissional de saúde que essas políticas de humanização na ponta funcionam para todos os recortes, para todas as particularidades. Se uma travesti negra entrar no centro de saúde, eu quero que ela seja atendida, exatamente como se ela fosse um homem branco e isso não acontece em 100% dos casos e isso é um problema (servidor do Ministério do Planejamento).

7. Considerações Finais

Por mais que os instrumentos de planejamento no Brasil tenham evoluído para subsidiar a elaboração de políticas públicas, incorporando os conceitos de intersetorialidade, na prática ainda existem diversas barreiras que fazem com que essas políticas não consigam ser plenamente implementadas. Entre os principais obstáculos está o racismo, que é estruturante, ainda existe muito preconceito no Brasil, em alguns casos de forma velada. Sendo assim, para que ocorra de fato uma mudança mais profunda, não é suficiente que apenas incluam a palavra “negra” nos objetivos e metas dos programas de

governo, é necessário que ocorram políticas de conscientização eficazes, bem como um maior monitoramento, com sanções, àqueles que praticam racismo ou exerçam qualquer espécie de discriminação, garantindo um acesso às políticas de modo igualitário e de qualidade para os homens e as mulheres negras.

Há, ainda, uma necessidade de serem levados em consideração os conceitos de interseccionalidade na implementação das políticas sociais, pois os indivíduos são formados pelo somatório de fatores que o envolvem criando diferentes tipos de necessidades. Com isso, é recomendável que sejam investidos esforços no sentido de analisar como essas necessidades se sobrepõem favorecendo uma redução efetiva das desigualdades sociais e raciais. Vale ressaltar que a temática da saúde da mulher negra ainda é pouco explorada na produção de conhecimento científico, necessitando maior atenção e aprofundamento sobre o assunto, uma vez que, entendendo melhor suas particularidades, torna-se mais fácil delinear políticas que atendam esse público.

Por fim, pode-se observar que mesmo que as políticas sociais sejam bem elaboradas, muitas vezes elas não conseguem ser implementadas e bem executadas. Há que se levar em consideração que as políticas não acontecem em gabinetes de burocratas e sim em cada município que as recepcionam e isso deve ser levado em consideração. Além disso, o racismo deve ser encarado como um problema a ser combatido e prevenido no âmbito das instituições, para que não interfira na qualidade dos serviços prestados. Apesar de terem ocorrido vários avanços nesse sentido, essa ideia ainda não se estabeleceu de forma plena, e levando-se em consideração o contexto atual de retrocesso de direitos e o desmonte de diversas políticas sociais, há que se atentar para essa pauta a fim de que não ocorram perdas das garantias já conquistadas.

Referências Bibliográficas:

ARTICULAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES DE MULHERES NEGRAS BRASILEIRAS (Brasil). **Saúde da mulher negra: guia para a defesa dos direitos das mulheres negras**. Cadernos InformAção AMNB. Porto Alegre: 2012. 76 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras**. Brasília - DF. 2005. 20 p.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; Secretaria de Governo da Presidência da República. **PPA 2016 - 2019. Participação Social no PPA: Fórum Interconselhos**. Brasília – DF. No prelo. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS**. 2.ed. Brasília - DF. 2013. 35 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2014: Uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Brasília - DF. 2015. 464 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf>. Acesso em: 12 de maio de 2018.

BRASIL. Escola Nacional de Administração Pública. Servidores Públicos Federais - Raça/cor. Brasília: ENAP Estudos, 2014. Disponível em: <<http://www.enap.gov.br/documents/586029/629733/Servidores+P%C3%BAblico+s+Federais/988a23a8-c725-4f82-91ac-6e51a69a151b>>. Acesso em: 23 de maio de 2018.

CARDOSO JR., José Celso. Das razões e vantagens do PPA como aliado estratégico para o processo de governar em sociedades democráticas complexas. In: _____. (Org). **Planejamento Brasil Século XXI. Inovação institucional e Refundação Administrativa - elementos para o pensar e o agir**. Brasília: Ipea, 2015. 399 p.

_____. *et. al.* A estratégia de monitoramento do PPA 2012-2015. In: CARDOSO JR. José Celso; SANTOS, Eugênio Andrade Vilela dos (Orgs.). **PPA 2012-2015: Experimentalismo Institucional e Resistência Burocrática**. Brasília: IPEA, 2015. 308p.

CARVALHO, Othília. **Como elaborar programa de atenção à saúde da mulher que enfrente assimetrias de cor, raça ou etnia?**. Casoteca de Gestão Pública - ENAP. Brasília: 2012.

CERQUEIRA, Daniel, *et. al.* **Atlas da Violência 2017**. Rio de Janeiro: Ipea, 2017. 69p.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE (CEPAL). **Panorama Social da América Latina: Documento Informativo**. 2016.

COUTO, Leandro Freitas. **A evolução do Plano Plurianual e as visões em disputa para o planejamento governamental**. Revista Brasileira de Planejamento e Orçamento. Volume 4, nº 2, 2014. Pg. 120 – 131. Brasília –

DF. Disponível em:

<http://www.assecor.org.br/files/8614/1838/4340/rbpo_vol4_num2_a_evolu_o_do_plano_plurianual_e_as_vis_es_em_disputa_para_o_planejamento_governamental_.pdf>. Acessado em: 06 de março de 2018.

GOMOR DOS SANTOS, Eduardo. **Hip Hop e América Latina: Relações entre cultura, estética e emancipação**. Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade de Brasília, 2017.

_____. **Genocídio do povo negro**. No prelo. 2018

GONZALEZ, Lélia; HASENBALG, Carlos. **Lugar de Negro**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1982.

INOJOSA, Rose Marie. **Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade**. In: Cadernos da FUNDAP, São Paulo, nº 22/2001

JACCOUD, Luciana. O combate ao racismo e à desigualdade: o desafio das políticas públicas de promoção da igualdade racial. In: THEODORO, Mário (Org), *et al.* **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição**. Brasília: Ipea, 2008. 176 p.

LIMA, Adriana Silva Guedes de; VOLPATO, Luci Martins Barbatto. **Saúde da mulher Negra e os determinantes: Racismo, Questão de Gênero e Classe Econômica**. ETIC 2014 - Encontro de Iniciação Científica. Faculdades Integradas Antônio Eufrásio de Toledo de Presidente Prudente. 2014.

LISBOA, Teresa Kleba; LOLATTO, Simone. **Políticas Públicas com transversalidade de gênero – resgatando a interseccionalidade no Serviço Social**. Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades. Niterói/RJ: ANINTER-SH/PPGSD-UFF, 03 a 06 de setembro de 2012

MATOS, Patrícia. **O conceito de interseccionalidade e suas vantagens para os estudos de gênero no Brasil**. Trabalho apresentado no XV Congresso Brasileiro de Sociologia, Universidade Federal de São Carlos, Curitiba – PR, 2011

MELLO, Luiz; GONÇALVES, Eliane. **Diferença e interseccionalidade: notas para pensar práticas em saúde**. Revista do Programa de Pós-Graduação em Ciências da UFRN, volume 11, número 2, 2010

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais).

MITCHELL, Eve. **Eu sou uma mulher e um ser humano: Uma crítica feminista e marxista à teoria da interseccionalidade**. Traduções Femininjas. 2015. Disponível em:
<<https://traducoesfemininjas.wordpress.com/2015/11/19/eu-sou-uma-mulher-e->

[um-ser-humano-uma-critica-marxista-e-feminista-a-teoria-da-interseccionalidade-de-eve-mitchell/](#)>. Acesso em: 06 de março de 2018.

NEVES, José. Luís. **Pesquisa Qualitativa Características, Usos e Possibilidades**. Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo, v. 1, n. 3, 2. sem. 1996. Disponível em: <http://www.academia.edu/8171621/PESQUISA_QUALITATIVA_CARACTER%C3%8DSTICAS_USOS_E_POSSIBILIDADES>. Acesso em: 20 de abril de 2018.

PEREIRA, Karine Yanne de Lima; TEIXEIRA, Solange Maria. **Redes e intersectorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social**. In: Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 12, n. 1, p. 114 – 127, jan/jun. 2013

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **A intersectorialidade das políticas sociais numa perspectiva dialética**, 2011. VIOLES – Laboratório de Investigação e Ações de Enfrentamento à Violência, Exploração Sexual e Tráfico de Pessoas

_____.; STEIN, Rosa Helena. Política Social: universalidade *versus* focalização. Um olhar sobre a América Latina. In: BOSCHETTI, Ivanete, *et al.* (Orgs). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

PIRES, Roberto Rocha C. Implementando desigualdades? Introdução a uma agenda de pesquisa sobre agentes estatais, representações sociais e (re)produção de desigualdades. In: BRASIL. IPEA. **Boletim de Análise Político-Institucional n. 13**, Outubro de 2017. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/boletim_analise_politico/171020_bapi_13_1.pdf> Acesso em: 30 de março de 2018.

ROBERTO, Natalha. **Saúde e mulher negra: Quando a cor da pele determina o atendimento**. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/saude-e-mulher-negra-quando-cor-da-pele-determina-o-atendimento/?qclid=EA1a1QobChMI1czC5cDY2QIV2DaBCh1AzW2UEAAYASA AEglwhfD_BwE>. Acessado em: 06 de março de 2018.

SANTOS, Eugênio Andrade Vilela dos. O confronto entre o planejamento governamental e o PPA. In: CARDOSO JR., José Celso (Org.). **A reinvenção do Planejamento Governamental no Brasil. Diálogos para o desenvolvimento**. Vol. 4. Brasília: IPEA, 2011. 524p. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_dialogos_desenvol04.pdf>. Acesso em: 09 de maio de 2018.

_____.; VENTURA, Otávio; NETO, Rafael. As inovações jurídicas no PPA 2012-2015. In: CARDOSO JR. José Celso; SANTOS, Eugênio Andrade Vilela dos (Orgs.). **PPA 2012-2015: Experimentalismo Institucional e Resistência Burocrática**. Brasília: IPEA, 2015. 308p.

SCHAEFER, Rosita. **Uma visão feminista e comunista: como conciliar classe, etnia e gênero?** Nova Cultura. 2016. Disponível em: <https://www.novacultura.info/single-post/2016/02/05/Uma-vis%C3%A3o-feminista-e-comunista-como-conciliar-classe-etnia-e-g%C3%AAnero>. Acesso em: 15 de janeiro de 2018.

SILVA, Tatiana Dias, *et. al.* **Planejamento e Financiamento das Políticas de Igualdade Racial: possibilidades para o Plano Plurianual 2012-2015**. Nota Técnica nº 7. Brasília: IPEA, 2011. 13p. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/110527_notatecnica7disoc.pdf. Acesso em: 08 de maio de 2018.

_____. Panorama Social da População Negra. In: SILVA, Tatiana Dias; GOES, Fernanda Lira (Orgs.). **Igualdade racial no Brasil: reflexões no Ano Internacional dos Afrodescendentes**. Brasília: Ipea, 2013. 186 p.

THEODORO, Mário. A formação do mercado de trabalho e a questão racial no Brasil. In: _____, *et al.*(Orgs.). **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição**. Brasília: Ipea, 2008. 176 p.

WERNECK, Jurema. **Racismo institucional e saúde da população negra**. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00535.pdf>. Acessado em: 22 de março de 2018.

Juliana Ribeiro Oliveira

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Católica de Brasília (2006) e em Gestão de Políticas Públicas pela Universidade de Brasília (2016). Atualmente é Agente Administrativo do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, atuando na Secretaria de Planejamento e Assuntos Econômicos junto aos temas de Saúde e Assistência Social. Contato: juliana.r.oliveira@planejamento.gov.br

Apêndice A – Entrevista Semiestruturada

- 1) Você participou de algum processo de elaboração do PPA? Na sua opinião, o que o PPA atual apresenta de inovação comparado aos seus antecessores? Você acha que estão presentes os conceitos de intersetorialidade e interseccionalidade?
- 2) A maneira que os Programas de Saúde e Igualdade racial estão desenhados é capaz de mapear as principais demandas das mulheres negras?
- 3) Quais são os principais obstáculos que os órgãos enfrentam para que consigam implementar os seus programas?
- 4) Mecanismos utilizados para a implementação das políticas (grupos de trabalho, políticas nacionais...)
- 5) Sobre a mortalidade materna. Existem dados que fazem um apanhado dos últimos anos que afirma que essa mortalidade está reduzindo no Brasil. Você acha que isso se aplica também ao caso das mulheres negras?
- 6) Quais as estratégias do Ministério da Saúde para lidar com práticas de atendimento discriminatórias no SUS?
- 7) Seria possível afirmar que as políticas de humanização possuem potencial de reduzir iniquidades de cor ou raça/etnia?

Apêndice B – Termo de Consentimento



TÍTULO DA PESQUISA: A Intersetorialidade e a Interseccionalidade nas Políticas Públicas de Saúde da Mulher Negra

PESQUISADORA: Juliana Ribeiro Oliveira

ORIENTAÇÃO: Prof^o Dr. Eduardo Gomor dos Santos

TERMO DE CONSENTIMENTO

A senhora está convidada a contribuir voluntariamente com a concessão de entrevista para uma pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso para a obtenção do título de Especialista em Planejamento e Estratégias de Desenvolvimento, ministrado pela Escola Nacional de Administração Pública - ENAP.

O objetivo deste trabalho é pesquisar se os instrumentos de elaboração e implementação de políticas sociais atuais estão alinhados com os conceitos de intersetorialidade e interseccionalidade a fim de potencializar a efetividade das políticas de igualdade racial, em especial, abarcando as necessidades das mulheres negras no que diz respeito à sua saúde.

A entrevista será registrada em equipamento de áudio e o conteúdo será utilizado exclusivamente para fins do Trabalho de Conclusão de Curso e em possíveis artigos científicos, dentro do contexto da pesquisa.

Brasília, de abril de 2018.

Participante voluntário: _____

Assinatura da Participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Anexo I - Recorte do Espelho de Monitoramento do Programa 2015 - Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)⁵ – Ano-base 2016⁶

- **04HN - Implantar 20 comitês de políticas de promoção de equidade em saúde para populações em situação de vulnerabilidade social.**

• **Órgão responsável:** Ministério da Saúde

• **Análise Situacional da Meta**

Os comitês de equidade nos estados e municípios contribuem para a implantação e monitoramento das políticas de promoção de equidade. Registrados em 2016, 6 (seis) comitês de políticas de promoção de equidade em saúde para populações em situação de vulnerabilidade social, a saber:

1. Comitê Técnico Municipal da Saúde para a População em Situação de Rua no âmbito do SUS do Município de Salvador, por meio da Portaria nº414/2016;
2. Comitê Técnico Alagoano de Saúde da População LGBT, por meio da Portaria SESAU/AL nº. 315, de 6 de dezembro de 2016;
3. Comitê Técnico Alagoano de Saúde da População Negra, por meio da Portaria SESAU nº. 224, de 13 de setembro de 2016;
4. Comitê Estadual de Educação Popular em Saúde da Paraíba, por meio da Portaria N.º 049 /GS, de 22 de fevereiro de 2016;
5. Comitê Técnico Municipal de Educação Popular e de Promoção da Equidade em Saúde do Município de Fortaleza, por meio da portaria 25/2016 de 15/03/2016; e
6. Comitê Técnico de Saúde Integral da População Negra em Mato Grosso do Sul, por meio da resolução nº 94/SES/MS de 03 de novembro de 2015.

Quantidade alcançada

6 Comitês

Data de Referência

31/12/2016

Detalhamento das providências a serem tomadas

Fortalecer a articulação com estados e municípios para acompanhar os processos de constituição de comitês, potencializar as ações dos comitês implantados e apoiar a criação de novos comitês de equidade que participem da implementação, monitoramento e avaliação das políticas de equidade, de modo a intensificar e capilarizar as pautas observando, inclusive, as realidades locais.

Observações:

1. O Comitê Técnico de Saúde Integral da População Negra em Mato Grosso do Sul teve sua portaria publicada em novembro de 2015 e a informação de sua publicação só chegou ao DAGEP em 2016, não tendo sido registrado no eCar na oportunidade. Assim, embora tenha sido implantado no ano anterior, o mesmo deve ser considerado como meta de 2016, caso contrário ficará sem o devido registro do período.
2. A área técnica não estava de posse da portaria que efetivava o Comitê Técnico Municipal de Educação Popular e de Promoção da Equidade em Saúde do Município de Fortaleza. Em pesquisa foi apurado junto aos sites da

⁵ Retirado do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento do Governo Federal - SIOP em 27 de março de 2018.

⁶ Até o presente momento ainda não foi publicado o Monitoramento do Ano-base 2017.

prefeitura de Fortaleza a publicação da portaria, tendo sido localizada a comprovação, permitindo assim (re) registrá-lo como integrante da meta.

Iniciativas

- **06OR - Apoio à participação social de mulheres, negros, povos e comunidades tradicionais, juventude, LGBT, pessoas com deficiência e pessoas em outras situações de vulnerabilidade, respeitadas as suas especificidades, nos processos de formulação e implementação de políticas públicas de saúde.**

· Individualizada: Não

- **06Q3 - Atualização do Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.**

· Individualizada: Não

- **05QP - Adequação ou regulamentação da alimentação de sistemas de informação do SUS, considerando a orientação sexual, a identidade de gênero, a raça/cor e a etnia, para promover o cuidado integral com equidade.**

· Individualizada: Não

- **06Q4 - Redução da morbidade/mortalidade materna de mulheres negras.**

Individualizada: Não