

# Política social e democratização direito à saúde: equidade de acesso a mulheres negras a reprodução

Tatiane Farias da Rosa Silva  
Universidade Federal Fluminense  
tatiane-farias95@hotmail.com

## Resumo

O presente artigo tem como objetivo refletir sobre a construção da PNSIPN vinculada a Reforma Sanitária e os desafios na sua efetivação. Propõe-se com este trabalho estabelecer algumas análises sobre o racismo no Brasil e suas expressões contemporâneas, a condição da mulher negra na sociedade de classes e os desafios no acesso a políticas de saúde, bem como o posicionamento do Serviço Social a partir do Projeto Ético-Político na viabilização e acessibilidade da Mulher Negra à PNSIPN, em particular a Saúde Reprodutiva. A metodologia proposta por este estudo, é uma análise qualitativa da política de saúde da população negra e suas contradições. Justifica-se aqui que o racismo está implícito nas formas de organização social do trabalho e se faz presente nas forças sociais em disputa, o racismo é uma poderosa forma de dominação, pois assume o controle, a administração, a segregação e até o silenciamento e o confinamento.

**Palavras-chave:** Serviço Social; Saúde Reprodutiva da Mulher Negra; Direito à Saúde.

**Social policy and democratization right to health:  
fair access to black women reproduction**

## Abstract

This article aims to reflect on the construction of the PNSIPN linked to Sanitary Reform and the challenges in its implementation. It is proposed with this work to establish some analyzes on racism in Brazil and its contemporary expressions, the condition of the black woman in class society and the challenges in access to health policies, as well as verify the position of Social work from the Ethical-Political Project in the viability and accessibility of the Black Woman to the PNSIPN, in particular reproductive health. The methodology proposed by this study is a qualitative analysis of the health policy of the black population and its contradictions. It is justified here that racism is implicit in the forms of social organization of labor and is present in the social forces in dispute, racism is a powerful form of domination, for it assumes control, administration, segregation, and even silencing and confinement.

**Keywords:** Social Work; Black Woman Reproductive Health; Right to health.

## **Introdução**

O presente artigo é resultado de estudos e reflexões na disciplina eletiva em Políticas de Saúde do curso de graduação em Serviço Social de uma universidade pública do Estado do Rio de Janeiro. Resulta também da participação em um grupo de estudos e pesquisa sobre a Questão Racial e o Serviço Social na mesma universidade. Esta pesquisa tem como temática a Saúde Reprodutiva da Mulher Negra e como o Serviço Social pauta sua atuação na democratização do acesso a saúde, dando visibilidade a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN.

Objetiva-se, nessa pesquisa, refletir sobre a construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra vinculada a Reforma Sanitária e os desafios na sua efetivação. Propõe-se com este trabalho estabelecer algumas análises sobre o racismo no Brasil e suas expressões contemporâneas, a condição da mulher negra na sociedade de classes e os desafios no acesso a políticas de saúde, bem como verificar o posicionamento do Serviço Social a partir do Projeto Ético-Político na viabilização e acessibilidade da Mulher Negra à Política Nacional da Saúde Integral da População Negra, em particular a Saúde Reprodutiva.

A hipótese que se tem nessa pesquisa é que a contradição existente na inserção e prática da integralização e equidade do acesso a saúde da população negra, utiliza-se do racismo como barreira ao acesso em saúde. Desta forma, o serviço social tem sua intervenção influenciada pelo mecanismo de barreira institucional que através do racismo estrutural gera a inacessibilidade da população negra a políticas e serviços de saúde.

A metodologia proposta por este estudo é uma análise qualitativa sobre a política de saúde da população negra e suas contradições. Escolheu-se esse percurso metodológico, pois segundo Minayo (2007), a pesquisa qualitativa, “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social.” Portanto, permitem um desvelamento maior das relações raciais e dos mecanismos de dominação/exclusão inerentes à sociedade capitalista. Para isso serão usados autores que versam sobre a temática da Saúde Reprodutiva da Mulher Negra, Racismo Institucional, Serviço Social na Saúde e na Acessibilidade ao Direito as Políticas e Serviços de Saúde.

Justifica-se aqui que o racismo está implícito nas formas de organização social do trabalho e se faz presente nas forças sociais em disputa, que tem a sua base fundada na sociedade moderna e na busca pela hegemonia, no uso da força física e violência contra os

povos denominados inferiores, além da retirada de sua cultura e sociabilidade. O fato é que o racismo é uma poderosa forma de dominação, pois assume o controle, a administração, a segregação e pode-se dizer, até o silenciamento e o confinamento. Deve ser compreendido no plano ideológico, mas também político, econômico, social e cultural. Sendo assim, deve-se ser estudado a fim de possibilitar estratégias para o seu enfrentamento.

### **1 Racismo na saúde: Reforma Sanitária e PNSIPN como estratégia de acessibilidade em Saúde**

Sinaliza-se aqui que o Projeto de Reforma Sanitária tem como estratégia o Sistema Único de Saúde, fruto de lutas e mobilização dos profissionais da saúde e movimento popular. As principais propostas eram: democratização do acesso aos serviços de saúde; universalização das ações de saúde; descentralização; melhoria e qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial que pauta-se na integralidade e equidade das ações (BRAVO; MATOS, 2001).

Werneck (2016) aponta que a temática de disparidade racial em saúde não foi uma questão introduzida facilmente no contexto da saúde, contudo, por meio de lutas e resistência do Movimento de Mulheres Negras e do Movimento Negro. Só assim, essa temática passou a ter reconhecimento e relevância. Para isso foram necessários que os movimentos se organizassem e se intensificassem, principalmente na segunda metade do século XX, chegando a participar dos processos que geraram a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde.

Segundo Bravo e Matos (2012), é no contexto histórico-econômico e político brasileiro na década de 30 que ocorre a formulação da política de saúde. Nesta época, foi organizada em dois subsetores, a saúde pública e a medicina previdenciária, tendo como características gerais a racionalização administrativa e a atribuição de maior sofisticação às campanhas sanitárias.

O Estado passa a intervir na “questão social” por meio do binômio repressão-assistência, burocratizando e modernizando a máquina estatal com finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, de reduzir as tensões sociais e de conseguir legitimidade para o regime. A política de saúde no período de 1964 a 1974 desenvolve-se com base no privilegiamento do setor privado, articulada às tendências da política econômica implantada. Suas principais características envolveram a extensão da cobertura previdenciária,

a ênfase na prática médica curativa orientada para burocratização do setor, a criação do complexo médico-industrial e a diferenciação de atendimento à clientela (BRAVO; MATOS, 2012).

Compreende-se que na década de 1980 o Brasil estava experimentando de um processo de democratização no contexto pós-ditadura, porém, também estava passando por um momento de crise econômica, o que dificultou o processo da Reforma Sanitária. Cabe ressaltar que a Reforma Sanitária contou com a participação de novos sujeitos sociais, o que contribuiu para um amplo debate sobre a saúde da população brasileira e suas especificidades.

A Reforma Sanitária, segundo Bravo e Matos (2001), propunha uma relação diferenciada do Estado com a sociedade, de forma a incentivar a realização de Conselhos e Conferências de Saúde, que acabam por inovar a gestão da política de saúde, estabelecendo parâmetros de interesse público para assim exigir democratização das informações e transparência do uso de recursos do governo.

Já na década de 1990, o Brasil vivenciou uma contrarreforma, na qual o papel do Estado foi influenciado pela política de ajuste neoliberal. O objetivo neoliberal é que a saúde esteja vinculada ao mercado, além de reforçar a parceria com a sociedade civil, de forma a responsabilizá-la pelo custo da crise. Contudo, ainda na década de 1990, houve a extinção dos Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), que recoloca o Ministério da Saúde no papel de pedinte. Nessa época também houve a promulgação da Norma Operacional Básica (NOB) 93 para avanço do processo de descentralização, financiando as ações de saúde hospitalar e ambulatorial (BRAVO, MATOS, 2001).

O que apontamos aqui é que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN nasce no bojo da Reforma Sanitária e na construção do SUS, por isso observa-se o mesmo compromisso com a integralização e equidade ao acesso a saúde que havia na proposta da Reforma. Contudo, assim como a Reforma Sanitária e o SUS sofreram impactos da influência da perspectiva neoliberal, a PNSIPN também recebe esses impactos na sua elaboração e implementação.

A representação do GTI realizou uma Mesa Redonda sobre Saúde da População Negra em 1996, esse evento resultou na proposição de um conjunto de medidas, dentre elas estavam a inserção do quesito raça/cor na Declaração de Nascidos Vivos e de Óbitos, a criação do Programa de Anemia Falciforme (PAF) e a detecção precoce dessa doença na triagem neonatal, a reestruturação da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, a extensão do Programa de Saúde da Família até as comunidades quilombolas e por fim, a

publicação do Ministério da Saúde em 1998 sobre o documento “A Saúde da População Negra: realizações e perspectivas” e em 2001, o “Manual de Doenças Mais Importantes, Por Razões Étnicas, na População Brasileira Afrodescendente” (WERNECK, 2016).

Apesar de ter cumprido todo o processo de formalização requerido pelo SUS – aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde (2006); publicação no Diário Oficial (2008); elaboração de Plano operativo; pactuação na Comissão Intergestores Tripartite com atribuição de responsabilidades para cada um dos entes federativos (2009) – a PNSIPN não angariou adesão suficiente à gestão do SUS. Como resposta, as mobilizações inseriram seus objetivos no corpo da Lei nº 12.288/2010 aprovada pelo Congresso Nacional em 2011. A partir de então, a atenção à saúde da população negra em seus diferentes aspectos passou a ser regulamentada via lei federal, como estratégia de provocar respostas necessárias (WERNECK, 2016).

Entretanto, há uma contradição na inserção e prática da integralização e equidade do acesso a saúde da população negra, pois o Movimento Negro teve participação ativa na construção de um sistema que tem como princípio a universalidade, integralidade e a equidade ao mesmo tempo que percebe-se cotidianamente que esses princípios não os alcançam, na medida em que o racismo serve como barreira na equidade do acesso em saúde (WERNECK, 2016).

Certamente o exercício da cidadania e da democracia tem na saúde um parâmetro de efetivação, pois a saúde determina um conjunto de direitos e por isso constitui-se como um elemento potencialmente revolucionário. É um campo que de fato propicia consenso e união de um conjunto de forças para promover lutas e conquistas, porque trata-se de um direito comum a todas as diferentes classes sociais, raça/etnia, gênero, sexualidade, idade etc. (BRAVO, 2007).

De fato a população negra, de forma geral, vivencia diariamente o mecanismo de barragem ao acesso a serviços de saúde, principalmente de natureza pública. Neste contexto a mulher negra encontra-se em desvantagem na realização de exames clínicos preventivos, como mamografias, por exemplo; no período gestacional, a mulher negra tem os menores índices de realização de no mínimo seis consultas de pré-natal, conforme preconiza o Ministério da Saúde; e detém o maior percentual de morte materna, com principais causas, a pré-eclâmpsia, eclâmpsia e abortamento (RIBEIRO, 2013).

Isso porque, cabe-nos resgatar que na época do colonialismo e posteriormente, o neocolonialismo, o racismo se desdobrava na ciência eurocêntrica na qual alegava que o bloco civilizado – o branco – poderia por questões de superioridade, tutelar os demais povos

incapazes de se civilizarem. Sendo assim os brancos tinham o dom divino e aporte científico para governar os povos colonizados.

Após o colonialismo, o Brasil, ainda imerso na lógica científica do racismo, cria através da Liga de Higiene Mental, projetos que objetivavam a extinção do povo, principalmente negro, e também não-brancos, como segregação perpétua a todos os loucos desequilibrados e de “raça inferior”, esterilização e política de não imigração para negros e asiáticos. Além dos “Tribunais de Eugenia” que reivindicaram benefícios econômicos e financeiros a famílias que procriassem indivíduos superiores, bem como, reforma eugênica de salários que privilegiavam os brancos. Sem dúvida trata-se de uma forma de discriminação tão difundida que acaba por ser reproduzida pela sociedade sem ao menos a mesma perceber (MOURA, 1994).

Pode-se notar que em todas as dimensões da vida social, a população negra é vítima de discriminação, no acesso à educação e saúde, mercado de trabalho etc. Todavia, para uma apreensão crítica acerca das múltiplas determinações dessa realidade, somos impelidos a uma reflexão mais profunda dos processos sociais que configuram historicamente a dinâmica de opressão e exploração dessa população (ROCHA, 2011).

O caráter ideológico e político se apresenta ao se pensar que o racismo serve de “arma de combate” como argumento para crimes que foram cometidos em nome do direito biológico, psicológico e cultural da raça branca que se considerava superior as demais. Cabe aqui sinalizar que o racismo científico se respaldava na teoria do “maus genes”, em que a população não-branca e negros eram primitivos, atrasados biologicamente, que se desviaram da árvore genealógica, inferiores determinados pela antropometria (mensuração craniana) e sofriam pela incapacidade inata. Isso tudo amparado na teoria da “sobrevivência do mais apto” através do Darwinismo Social (MOURA, 1994).

As diversas formas de racismo estão presentes nos diferentes campos da vida social, o que permite compreender o racismo enquanto um dos fundamentos que estrutura a democracia – ou anti-democracia – no Brasil. Ou seja, reduz a cidadania pela base da produção e reprodução de preconceitos, através de imagens estereotipadas e inferiorizadas de diferenças entre grupos raciais justificando o tratamento desigual.

Os dados acerca da realidade da mulher negra, embora sejam gritantes, ainda não são capazes de revelar sua real dimensão. Por também serem alvos preferenciais da violência institucional, muitas mulheres negras não consideram os órgãos públicos de segurança e proteção como espaços de garantia de seus direitos. Assim sendo, o racismo institucional se

constitui um dos principais mecanismos de produção e reprodução das desigualdades raciais e de gênero e tem se mostrado ao longo da história eficaz na manutenção da invisibilidade dessa violência (ROCHA, 2011).

O Racismo Institucional (RI) é o deslocamento da discriminação da dimensão individual para a dimensão estrutural que garante a exclusão seletiva de grupos racialmente subordinados, através de políticas, formas de organizações, normas e práticas que acentuam tratamentos desiguais (WERNECK, 2016).

## **2 Serviço social como democratizador da equidade do acesso da mulher negra às Políticas de Saúde**

Cabe resgatar que o sistema capitalista modifica profundamente a dinâmica das relações sociais. Nas primeiras décadas do século XX o modo de produção capitalista modifica radicalmente as relações sociais, e a “questão social” ganha visibilidade no cenário nacional, a partir das diversas lutas protagonizadas pela população brasileira na defesa dos direitos sociais e contra o autoritarismo do Estado burguês. No bojo desta contradição e sob a influência da Igreja católica, surge na década de 1930 o Serviço Social brasileiro para intervir nas diversas manifestações da “questão social”, produzidas pela sociedade capitalista (EURICO, 2013).

Cabe ressaltar que o movimento de ruptura do Serviço Social rompe com a concepção da profissão enquanto caritativa e filantrópica, em contraponto, apresenta a profissão como uma demanda sócio-histórica do capitalismo monopolista. De fato, o Serviço Social surge como estratégia do Estado para controle social, tendo sua atuação pautada em ações policiais, vinculada a caridade e intervenção nas expressões da “questão social” (RAMOS; FORTI, 2018).

Contudo, a categoria profissional em Serviço Social assumiu uma perspectiva crítica em busca de romper com o conservadorismo tradicional que marcou a profissão. O Projeto Ético-Político surge a partir dessa ruptura com o conservadorismo e com reflexo do Movimento de Reconceituação Latino-Americano do Serviço Social. Em face do contexto de Estado neoliberal, o Projeto Ético-Político busca responder a violação dos direitos que foram conquistados pela classe trabalhadora, objetivando assegurar e viabilizar estratégia para sua ampliação (RAMOS; FORTI, 2018).

Pode-se dizer que a presença de valores religiosos conservadores na prática

profissional ainda é forte, mesmo depois do movimento de reconceituação e da construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social, o que nos mostra um tensionamento entre a moral conservadora à brasileira e o Projeto Ético-Político do Serviço Social. Essa moral não está presente apenas na formação dessa profissão, mas em toda a sociedade brasileira (CARLOTO; DAMIÃO, 2018).

Isso apresenta que, de fato, não existe neutralidade no trabalho do assistente social, na medida em que no interior desse processo acabam por serem criadas condições para compreensão teórico-metodológica do Serviço Social no processo de produção e reprodução das relações sociais (EURICO, 2013).

Sendo necessário afirmar que a Questão Racial não trata-se apenas de uma das expressões da “Questão Social”, e sim de um componente estruturante da sociedade capitalista. Visto que no Brasil a transição do escravismo ao capitalismo não apresentou ruptura socioeconômica pelas forças populares, tendo as revoluções dadas sem participação popular – diferentemente dos países centrais – havendo, desta forma, repercussões em relação aos valores conservadores e elitistas, inclusive nas formulações das políticas sociais (RAMO; FORTI, 2018).

Portanto, as políticas sociais são espaços primordiais do exercício profissional do assistente social, uma vez que ao invés de intervir na vida da classe trabalhadora para que a mesma seja funcional ao capitalismo, passa-se a utilizar a política para garantir o acesso da população aos direitos fundamentais (RAMOS; FORTI, 2018).

Compreendendo o direcionamento da profissão e o compromisso que a mesma assumiu com a classe trabalhadora, torna-se primordial pensar a contribuição da profissão na produção do conhecimento acerca da ressignificação da questão racial no Brasil, bem como o posicionamento na defesa dos direitos à saúde para a população negra brasileira. O Serviço Social é uma profissão que lida com a garantia de direitos. Desta forma, observa-se no Serviço Social uma área para reflexões e atuação acerca dos direitos reprodutivos das mulheres negras.

A defesa intransigente dos direitos humanos e a recusa do arbítrio e do autoritarismo aparecem no segundo item dos princípios fundamentais do Código, seguidos da ampliação da cidadania e defesa do aprofundamento da democracia na socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida. O item n. 5 afirma o posicionamento em favor da equidade e da justiça social, assegurando acesso universal a bens e políticas sociais, além da sua gestão democrática. O empenho na eliminação de todas as formas de

preconceito aparece no item 6. O referido código também traz a escolha por um projeto profissional em busca de uma sociedade sem dominação, seja ela de classe, etnia ou gênero (BRASIL, 2012).

É importante enfatizar que o CFESS tem participação ativa nos movimentos de lutas pelos direitos sexuais e reprodutivos, além do enfrentamento de todas as formas de discriminação e preconceito. Sendo assim, o CFESS está em constante luta para a extinção do racismo institucional, para o direito do acesso da população negra aos programas, políticas e serviços, além do direito à autonomia das mulheres sobre os seus corpos.

Embora o debate esteja presente nos órgãos de defesa da categoria, não está necessariamente presente no conjunto da categoria. Compreendendo que o Projeto Ético-Político materializa-se parcialmente, ou seja, as mediações que perpassam o cotidiano profissional podem gerar um produto diferente do que foi idealizado, dado a heterogeneidade da profissão (RAMOS; FORTI, 2018).

A autora Carneiro (2017) aponta que a temática sobre racialização no Brasil tem-se debruçado na historicidade da ideia de raça na categoria política, porém ainda não alcançou força suficiente no âmbito da saúde e da educação. No campo da saúde brasileira, o que se tem como início de discussão de raça, foi com o pensamento do Nina Rodrigues, nos anos de 1950 e 1960. No pensamento desse médico brasileiro, estava o apoio à ideia do desenvolvimentismo, buscando através das intervenções sanitárias solucionar o problema do Brasil resultante da população negra que era “biologicamente inferior” e, portanto, responsável pelo atraso do país.

Sendo assim, é na década de 1990, no governo Fernando Henrique Cardoso, que depois de muita pressão do movimento negro e, mais intensamente, das denúncias realizadas pelas feministas negras sobre esterilização no país e dilemas na saúde sexual e reprodutiva, que começa a existir um processo de “racialização positiva”. Nessa noção de equidade que aparece nas políticas atuais de saúde que, ao partirem de um leque mais amplo de agravos para a saúde da população negra, pautam a necessidade de políticas ou de um cuidado específico com o “racismo institucional” e com os marcadores sociais desiguais de saúde entre brancos e negros no Brasil (CARNEIRO, 2017).

Segundo o próprio texto dessa política, para o “reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde” (BRASIL, 2009, p. 18).

A autora Fonseca *et.al.* (2014) em seu estudo avaliou as desigualdades no

pré-natal no município de Niterói, Rio de Janeiro, identificando que ao considerar a variável cor da pele, apenas 68,8% das mulheres de cor preta conseguiram o pré-natal adequado, enquanto as pardas obtiveram 74,8% e as brancas atingiram 90,8%. Além de que embora o percentual de mulheres com sete ou mais consultas tenha se mantido acima de 80%, com diferenças de acordo com idade, escolaridade e cor da pele, tiveram mais chances de pré-natal adequado: adultas; com oito anos ou mais de estudo; e brancas.

A violência obstétrica contra a mulher negra produz dados alarmantes. De fato, a reprodução da discriminação da mulher negra no âmbito do SUS gera preocupações que incentivam questionamentos e reflexões sobre a violência enfrentada pela mulher negra, não apenas na saúde, mas também no cotidiano. Segundo Davis (2016), no século XIX com a ideologia da feminilidade, a situação da escrava ficou ainda mais marcada, pois como eram consideradas desprovidas de gênero, as mulheres negras não eram vistas enquanto mães protetoras, parceiras e donas de casa amáveis, mas sim como anomalias.

Isso exemplifica que a negação do direito das mulheres à autonomia sobre o próprio corpo reflete uma estrutura patriarcal, apropriada pelo capitalismo, sobre a qual as relações sociais se constroem. Entretanto, a luta das mulheres pela liberdade sexual e reprodutiva, bem como pela legalização do aborto, sempre foi pauta do movimento feminista. Afirmando que “o pessoal é político”, o movimento feminista pôde colocar em debate várias questões que antes eram deixadas de lado, pois “não eram de interesse público” (CARLOTO; DAMIÃO, 2018).

O debate sobre raça no campo da saúde acaba por ser dividido entre contribuir para mudanças que se fazem necessárias para eliminar as desigualdades em saúde ou reforçar (mesmo que por vezes sutilmente) a noção de reificação da raça, “racializando” certas doenças. Considerando que a possibilidade de biologizar o debate, resultará no empobrecimento do mesmo. A autora Carneiro (2017), pensa ser imprescindível que a ideia de raça seja sempre fundamentada em discussões baseadas em aspectos biológicos, históricos e políticos, integrando a construção do conceito de raça e sua utilização nos distintos grupos sociais, para afastar-se de uma compreensão intrinsecamente técnica do conceito de raça e saúde.

Ainda segundo Carneiro (2017), a maioria dos profissionais de saúde pauta sua atuação na leitura biomédica da doença e não leva em consideração o marcador social raça/cor, por mais que os determinantes sociais esteja vinculado a lógica biomédica de saúde ampliada. Ressalta ainda que se houvesse uma atenção ao cuidado diferenciado entre os sujeitos, dado as

determinações sociais em saúde, essa ação seria identificado como racista.

Nesse contexto, pode-se perceber a confusão apresentada pelos profissionais acerca do que é o racismo e o que é determinação social. Cabe sinalizar que o racismo é uma forma de ideologia expressa em discriminação que estabelece dominação de uma raça dita “superior” em detrimento de outra raça dita “inferior”. Enquanto as determinações sociais em saúde diz respeito, principalmente, a diferenciação na visão da saúde a partir das contradições de classes e suas especificidades.

A necessidade de democratizar o acesso da mulher negra à saúde exige reflexões sobre o racismo institucional, que “sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações.” Desta forma, o cotidiano do atendimento em saúde se manifesta em normas e comportamentos discriminatório, resultante de ignorância, preconceito e estereótipos racistas (EURICO, 2013).

Como já apresentado, o Serviço Social tem sua base no Código de Ética do Assistente Social (1993), na Lei de Regulamentação Profissional (Lei n.8662/93) e na proposta das Diretrizes Curriculares para a Formação Profissional de Serviço Social (ABEPSS, 1996), e todos estes compreendem o fenômeno do racismo como gerador de discriminação, opressão e exploração dos sujeitos sociais. Cabe aos assistentes sociais apropriar-se das ferramentas teórico-metodológicas e ético-políticas para incorporação da temática étnico-racial como elemento fundamental para o processo de construção de relações sociais sustentadas em valores emancipatórios (ROCHA, 2011).

Sob a perspectiva da totalidade social, questões relacionadas à classe, gênero, geração, etnia, raça, orientação sexual, entre tantas outras dimensões da formação e relação humana, devem ser consideradas imprescindíveis para a consolidação dos princípios que norteiam o projeto ético-político do Serviço Social. Assim, buscando garantir o exercício profissional crítico e competente frente a violações de direitos por razões de preconceito e discriminação racial, trazer para o campo da formação profissional aprofundamento dessa discussão, possibilitará a construção de práticas mais efetivas de enfrentamento do racismo e que transcendam as fronteiras da ordem capitalista de exploração e opressão dos sujeitos (ROCHA, 2011).

### **Considerações finais**

O racismo institucional se fortalece, não somente na área de saúde, mas também em outros espaços que são dotados das ideias contraditórias da lógica de dominação capitalista. Entretanto, a saúde como direito social garantido pela Constituição Federal de 1988, deve partir da premissa de igualdade e equidade, mas no contexto neoliberal de financeirização das políticas sociais, a saúde pública se enquadra na lógica contraditória de controle e repressão.

Compreendemos que o racismo institucional se configura primordialmente na estrutura capitalista e do não investimento do Estado no fortalecimento de políticas de combate ao racismo e outras opressões, a exemplo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, uma construção do Ministério da Saúde com a extinta Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, que foi nacionalmente construída como forma de combater o racismo institucional no Sistema Único de Saúde, em decorrência das denúncias do movimento negro diante das situações de violência e violação em que a população negra estava acometida.

A relação de raça e classe na sociedade brasileira pode ser um fator explicativo das desigualdades da mesma, assim a centralidade da relação de raça, classe e gênero possibilita a compreensão da marginalização social referente à população negra. Como no passado, as mulheres continuam sendo vítimas de violência, sofrendo violação dos seus direitos humanos.

Contudo, a política que objetivou destaque para a saúde da população negra, por vezes é invisibilizada na rotina do serviço de saúde. Por não alcançar a visibilidade necessária, percebe-se o aprofundamento de práticas racistas no atendimento à saúde, práticas essas que tornam-se tão cotidianas que nem sempre são reconhecidas como tal. A reprodução dessa lógica é naturalizada a ponto de ser latente e comum, livre de qualquer possibilidade de questionamento no Brasil, principalmente pelo mito da democracia racial. A sutileza que o racismo se configura nas instituições de saúde dificultam a conscientização de tal prática aos profissionais.

Sendo o assistente social um profissional que atua na garantia de direitos, na emancipação dos sujeitos e da classe trabalhadora, que busca e luta pela construção de uma nova sociedade, e que deve atuar em consonância com o Código de Ética, seus princípios e diretrizes, precisa intensificar sua busca à responder a violação dos direitos que foram

conquistados pela classe trabalhadora, objetivando assegurar e viabilizar estratégia para sua ampliação.

Assumindo, portanto, o papel de democratizador do acesso à saúde da população negra, em especial, a saúde reprodutiva da mulher negra, que sofre a contradição existente na inserção e prática da integralização e equidade do acesso a saúde desta população, tendo o racismo como barreira a equidade do acesso em saúde e integralidade da assistência.

Sendo assim, é crucial que o debate sobre a temática da disparidade racial esteja presente em todos os espaços sociais de direitos – em destaque na saúde – para que se possa pensar estratégias, considerando as particularidades e especificidades, para seu enfrentamento. Sendo o assistente social, um importante viabilizador desse debate de conscientização nos serviços de saúde.

## **Referências**

**BRASIL. Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da População Negra.**

Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

<[bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra\\_3d.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf)>.

Acesso em: 07 out. 2018.

**BRASIL. Código de ética do/a assistente social.** Lei n. 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

**BRAVO, Maria Inês Souza. Serviço social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

**BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurício Castro de.** Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. et.al. (Org.). **Saúde e serviço social.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 5ªed. 2012, p. 25-49.

**BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurício Castro de.** A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, M. I. S; POTYARA, A. P. (Org.) **Política social e democracia.** São Paulo: Cortez, 2001.

**CARLOTO, Cássia Maria; DAMIÃO, Nayara André.** Direitos reprodutivos, aborto e serviço

social. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 132, 2018, p. 306-325. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n132/0101-6628-sssoc-132-0306.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2018.

CARNEIRO, Rosamaria. O peso do corpo negro feminino no mercado da saúde: mulheres, profissionais e feministas em suas perspectivas. **Revista Mediações**, Londrina, v. 21, n. 2, 2017, p. 394-424.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo, Boitempo, 2016. p. 15-41.

EURICO, Márcia Campos. A percepção do assistente social acerca do racismo institucional. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 114, 2013, p. 290-310.

FONSECA, Sandra Costa *et.al.* Desigualdades no pré-natal em cidade do Sudeste do Brasil. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, 2014, p. 1991-1998.

Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000701991&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000701991&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 nov. 2018.

MOURA, Clóvis. O racismo como arma ideológica de dominação. **Revista Princípios**, São Paulo, p. 28-43, n. 34, ago.-out. 1994.

RAMOS, A.; FORTI, V. Contribuição à discussão do trabalho do assistente social da saúde: projeto crítico e algumas demandas recorrentes. In: RAMOS, A.; PAULA, L. G. de; SILVA, L. (Orgs). **Serviço social e saúde: ensaios sobre trabalho e formação profissionais**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018, pp.83-108.

RIBEIRO, Nathalie. Serviço Social e saúde reprodutiva da mulher pobre da Baixada Fluminense – RJ: questões de gênero, classe e raça implicadas na opção pelo abortamento na contemporaneidade. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 10. **Anais Eletrônicos**. 2013. Disponível em:

<[http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/13733380750\\_ARQUIVO\\_Fazendogenero.pdf](http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/13733380750_ARQUIVO_Fazendogenero.pdf)>. Acesso em: 15 out. 2018.

ROCHA, Roseli da Fonseca. A questão étnico-racial e a sua relevância no processo de

formação em serviço social. In: CONGRESSO LUSO AFRO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS DIVERSIDADE E (DES)IGUALDADES, 11. [Anais...] Salvador, 2011.

Disponível em:

<[https://www.passeidireto.com/arquivo/6689296/art\\_questao-etnico-racial-e-relevancia-formacao-do-as](https://www.passeidireto.com/arquivo/6689296/art_questao-etnico-racial-e-relevancia-formacao-do-as)>. Acesso em: 07 out. 2018.

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

Recebido em: 28/08/ 2019

Aprovado em: 19/12/2019