



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E
SAÚDE DEPARTAMENTO DE SAÚDE



SORAYA MENDES RODRIGUES ADORNO

SAÚDE DA MULHER NEGRA E RACISMO INSTITUCIONAL: DISCURSO DO
SUJEITO COLETIVO DAS USUÁRIAS E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

JEQUIÉ/BA
2021

SORAYA MENDES RODRIGUES ADORNO

**SAÚDE DA MULHER NEGRA E RACISMO INSTITUCIONAL: DISCURSO DO
SUJEITO COLETIVO DAS USUÁRIAS E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Linha de Pesquisa: Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

ORIENTADORA: Prof^ª Dr^ª Alba Benemerita Alves Vilela

CO-ORIENTADORA: Prof^ª Dr^ª Ana Angélica Barbosa Leal

**JEQUIÉ/BA
2021**

A241s Adorno, Soraya Mendes Rodrigues.

Saúde da mulher negra e racismo institucional: discurso do sujeito coletivo das usuárias e dos profissionais de saúde / Soraya Mendes Rodrigues Adorno.- Jequié, 2021.

184f.

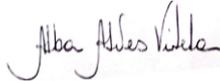
(Tese apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação da Profa. Dra. Alba Benemérita Alves Vilela e coorientação da Profa. Dra. Ana Angélica Barbosa Leal)

FOLHA DE APROVAÇÃO

SAÚDE DA MULHER NEGRA E RACISMO INSTITUCIONAL: DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DAS USUÁRIAS E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

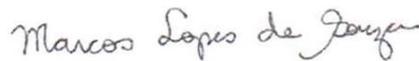
BANCA EXAMINADORA



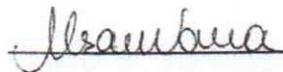
Prof^ª Dr^ª Alba Benemérita Alves Vilela (Orientadora)
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB



Prof^ª Dr^ª Cristina Setenta Andrade
Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC



Prof. Dr. Marcos Lopes de Souza
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB



Prof^ª Dr^ª Marise de Santana
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB



Prof. Dr. José Valdir de Jesus Santana
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Aprovada em 08 de fevereiro de 2021

Dedicatória

Dedico esta tese ao meu amigo, companheiro de morada e de estudos **Tito**, que está em um lugar iluminado aplaudindo meu dia de defesa como aplaudiu o dia de todas e todos os nossos coleguinhos de **Doutorado da Turma de 2016**; como sentimos tua falta...

A **Anchieta**, meu marido, meu companheiro, meu sorriso, meu respiro, meu sono profundo, meu entrelaçar de mãos e pernas, meu suspiro... Gratidão por ser a primeira imagem do meu dia!!

A minha mãe **Izaíra**, que a maturidade me fez compreender melhor suas ações (até as estruturas racistas), decisões de vida para comigo e para com todxs a sua volta – o tempo é um santo remédio!!

Aos meus filhos – **Soliene, Eгнаudo e Raiza** – e aos filhos deles – **Lícia e Pedro, Mallu, Guilherme e Davi** – que a cada dia me mostram a beleza de se deixar descendentes e me faz acreditar mais ainda na ciência, no melhoramento genético... Se os filhos são melhores que os pais, o que dizer dos netos? A perfeição!

Às minhas alunas e alunos, nunca senti tanta falta desses *troiços* como senti nesses últimos dois anos...

A **Manu, Fifi, Jango e Quinha** pelo amor felino, por seus pêlos nas minhas roupas (pretinho básico nunca mais rrsr), pelos rabinhos no nariz ao acordar, pelos passeios pelo notebook, por me fazerem uma feliz dona de estimação...

Agradecimentos

À **Deusa**, pois a Terra é feminina, é uma Mulher ativa, fecunda, de uma fortaleza sem precedentes, como todas as mulheres são para resistir e superar a violência de muitos homens, ao mesmo tempo em que se preserva, se restabelece e luta contra as manifestações machistas que macula a existência de homens e também de algumas mulheres que ainda não se viram no espelho caleidoscópico da sociedade de opressão;

A **Deus**, companheiro e também criador do Universo;

Agradeço também às mais variadas **Deidades, Divindades, Entidades, Espíritos de Luz**: do Oriente e do Ocidente, dos céus e da terra, dos mares e dos ares, desta e de outras galáxias e mundos, daqui e do que está por vir, por estarem a postos para velar por todxs nós, inclusive para os que acham que existe apenas um ser a reger nossas vidas e mentes ou para quem não acredita em nenhum...

À Prof^a Dr^a **Alba Benemérta** Alves Vilela pela paciência e por compreender meus tempos e limites, por ser **amiga**, colega e só depois se portar como orientadora de tese – **meu profundo e mais sincero agradecimento**;

À Prof^a Dr^a **Ana Angélica** Barbosa Leal, mais um **ser de Luz** em meu caminho de ser humano, de ser mulher;

À Prof^a Dr^a **Adriana Nery**, coordenadora do PPGES por, também, me mostrar que pedagogo pode pesquisar e discutir saúde, pode e deve defender o SUS;

Ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde** pela **imparcialidade** em seus processos seletivos, exemplo a ser seguido por outros programas da Uesb;

A **Soliene, Egnardo** e **Manoel** pelo apoio na produção da identidade visual da tese, na coleta de dados, nas transcrições e ouvidos... **GRATIDÃO AOS ADORNO E MACHADORNO!**

À minha amiga-irmã, Prof^a Dr^a **Simone** Gualberto por estar sempre, incessantemente ao meu lado, oferecendo seu lar como abrigo e morada, por me incentivar a dar continuidade a uma tarefa inacabada e agora concluída e que a todo momento me mostra o verdadeiro significado da amizade – **te amo amiga!!**

À minha amiga-colega-vizinha, Prof^a Dr^a **Michele** Martins Correa que mesmo com nossos tempos loucos nunca deixamos de regar a amizade e nosso **amor mútuo e sincero!!**

Às **companheiras e companheiros de militância sindical** que me ofereceram um pouco de seus tempos, já curtos, possibilitando estender o meu, meu muito obrigada!! Gratidão a toda diretoria da **Adusb, Gestão: É preciso estar atento e forte!**

Axs **funcionárixs/amigxs** que moram no meu coração desde sempre: **Delano** Oliveira e **Luciana** Carvalho (Dchel/Uesb); **Vilma** Coutinho e **Patrícia** Lira (Adusb) sempre dispostxs a ajudar e me alegrar!!

Epígrafe

"A noite não adormece nos olhos das mulheres"

Conceição Evaristo

Saber-se negra é viver a experiência de ter sido massacrada em sua identidade, confundida em suas expectativas, submetida a exigências, compelida a expectativas alienadas.

Neusa Santos Souza

SORRISO NEGRO

Um sorriso negro, um sorriso negro
Um abraço negro
Trás felicidade
Negro sem emprego
Fica sem sossego
Negro é a raiz de liberdade

Um sorriso negro
Um abraço negro
Trás felicidade
Negro sem emprego
Fica sem sossego
Negro é a raiz de liberdade

Um sorriso negro, um sorriso negro
Um abraço negro
Trás felicidade
Negro sem emprego
Fica sem sossego
Negro é a raiz de liberdade

Um sorriso negro, um sorriso negro
Um abraço negro
Trás felicidade
Negro sem emprego
Fica sem sossego
Negro é a raiz de liberdade

Negro é uma cor de respeito
Negro é inspiração
Negro é silêncio é luto
Negro é a solidão
Negro que já foi escravo
Negro é a voz da verdade
Negro é destino é amor
Negro também é saudade

Um sorriso negro, um sorriso negro
Um abraço negro
Trás felicidade
Negro sem emprego
Fica sem sossego
Negro é a raiz de liberdade

Um sorriso negro, um sorriso negro
Um abraço negro
Trás felicidade
Negro sem emprego
Fica sem sossego
Negro é a raiz de liberdade

Um sorriso negro, um sorriso negro
Um abraço negro
Trás felicidade
Negro sem emprego
Fica sem sossego
Negro é a raiz de liberdade
Negro é a raiz de liberdade

Negro é uma cor de respeito
Negro é inspiração
Negro é silêncio é luto
Negro é a solidão
Negro que já foi escravo
Negro é a voz da verdade
Negro é destino é amor
Negro também é saudade

Compositores:
Adilson Reis Dos Santos
Jair Carvalho
Jorge Philomeno Ribeiro

Resumo

ADORNO, Soraya Mendes Rodrigues. **Saúde da Mulher Negra e Racismo Institucional: Discurso do Sujeito Coletivo das Usuárias e dos Profissionais de Saúde**. 2021. 201f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, 2021.

Pesquisa realizada com o objetivo de conhecer os saberes dos profissionais de saúde que atendem nas Unidades Básicas de Saúde de um município do interior baiano sobre saúde da mulher e da população negras, identificando ações realizadas para o atendimento da saúde dessas mulheres, como presumíveis desdobramentos daqueles saberes. Ao mesmo tempo, a investigação procurou avaliar o atendimento à saúde das mulheres negras assistidas nessas Unidades Básicas de Saúde, sob a perspectiva de suposto racismo institucional e o atendimento especializado às morbidades que mais acometem essa parcela da população brasileira. Concomitante, buscou-se identificar se tais profissionais e as usuárias atendidas nas Unidades de Saúde conheciam a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. O estudo, então, contou com a participação, entre homens e mulheres, de 28 profissionais de saúde das mais variadas formações que atuam nas Unidades Básicas de Saúde da referida cidade e de 15 mulheres negras, usuárias dos serviços de saúde dessas Unidades. Trata-se de pesquisa de abordagem qualiquantitativa, ancorada teoricamente na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvre e Lefèvre, que se fundamentam na teoria das Representações Sociais de Jodelet e também Moscovici. Devido ao isolamento social imposto pela pandemia de Covid-19, os dados foram produzidos por meio de questionário do *Google Forms* para os profissionais participantes e de entrevistas realizadas via Plataforma do *Google Meet* com as usuárias, em sessões que foram gravadas entre os meses de setembro a novembro de 2020 e, posteriormente, transcritas. Tanto os questionários quanto as entrevistas foram analisadas à luz da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, sendo que as falas dos profissionais foram processadas pelo *software* DSCsoft e as falas das usuárias analisadas artesanalmente, sem o recurso do referido *software*. A construção do Discurso do Sujeito Coletivo foi precedida de revisão integrativa sobre saúde da mulher negra e, levando-se em consideração a pandemia, analisando estudos sobre o impacto desta na vida de mulheres negras brasileiras sob vários ângulos, não só a saúde. O discurso desses sujeitos evidenciou que a maioria dos profissionais e quase a totalidade das usuárias pouco conhece a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, da mesma forma que desconhecem as especificidades de saúde da mulher e da população negras. A pesquisa também demonstrou que os profissionais, em sua maioria, não relacionam racismo às desigualdades sociais, econômicas e de acesso a serviços públicos de saúde, ou seja, não relacionam discriminação racial com exclusão social. Tais evidências demonstraram a necessidade de ações educativas e informativas sobre o tema e foi criada uma conta na rede social Instagram para veiculação de informações dessa área. O estudo revelou a importância de pesquisas que versem sobre a saúde a partir do recorte de raça e gênero, para melhor entender como se dá essas relações no âmbito das políticas públicas em saúde, propondo inclusive intervenções.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Mulher Negra; Saúde da População Negra; Racismo Institucional; Discurso do Sujeito Coletivo; Educação em Saúde; *software* DSCsoft; *Instagram*.

Abstract

Black Women's Health and Institutional Racism: Discourse of the Collective Subject of Users and Health Professionals

ABSTRACT

Research carried out with the objective of knowing the knowledge of health professionals who attend Basic Health Units in a Bahia's interior city on the health of black women and the black population, identifying actions taken for the health care of these women, as presumed developments of those knowledges. At the same time, the investigation sought to assess the health care of black women assisted in these Basic Health Units, under the perspective of supposed institutional racism and specialized care for the morbidities that most affect this portion of the Brazilian population. Concomitantly, it was sought to identify whether such professionals and the users attended at the Health Units knew the National Policy for Comprehensive Health of the Black Population. The study, therefore, counted on the participation, between men and women, of 28 health professionals from the most varied backgrounds who work in the Basic Health Units of that city and of 15 black women, users of the health services of these Units. This is a qualitative and quantitative research, theoretically anchored in the technique of Lefèvre and Lefèvre's Collective Subject Discourse (Discurso do Sujeito Coletivo - DSC), which are based on the theory of Social Representations of Jodelet and Moscovici. Due to the social isolation imposed by the Covid-19 pandemic, the data were produced using a Google Forms questionnaire for participating professionals and interviews conducted via the Google Meet Platform with users, in sessions that were recorded between September to November 2020 and later transcribed. Both questionnaires and interviews were analyzed in the light of the Collective Subject Discourse technique, and the professionals' speeches were processed by the DSCsoft software and the users' speeches were handcrafted, without the use of that software. The construction of the Collective Subject Discourse was preceded by an integrative review on the health of black women and, taking the pandemic into account, analyzing studies on its impact on the lives of black Brazilian women from various angles, not only health. The speech of these subjects showed that the majority of professionals and almost all users have a poor knowledge about the National Policy for Comprehensive Health of the Black Population, just as they are unaware of the specificities of the health of black women and the black population. The research also showed that most professionals do not relate racism to social, economic and access inequalities in public health services, that is, they do not relate racial discrimination to social exclusion. Such evidence demonstrated the need for educational and informational actions on the topic and an account was created on the social network Instagram to convey information in this area. The study revealed the importance of research that deals with health from the perspective of race and gender, in order to better understand how these relations, occur within the scope of public health policies, including proposing interventions.

KEYWORDS: Black Women's Health; Health of the Black Population; Institutional Racism; Collective Subject Discourse; Health education; DSCsoft software., Instagram.

Lista de Tabelas

Introdução:

Tabela 1: Taxa de desemprego Brasil - 2019

Manuscrito 1:

Tabela 1: Quantitativo das produções científicas por categoria (Saúde da Mulher Negra)

Tabela 2: Quantitativo das produções científicas por categoria (Mulher Negra e Covid-19)

Tabela 3: Síntese de casos, óbitos, incidência e mortalidade por Covid-19 / Brasil

Manuscrito 2:

Tabela 1: DSC 1 e IC 1 – Você tem conhecimento que existe uma Política Nacional de Saúde Integral da População Negra? Onde você teve contato com ela?

Tabela 2: DSC 2 e IC 2 – Quais seus saberes/conhecimentos sobre a saúde da mulher negra?

Tabela 3: DSC 3 e IC 3 – O que poderia ser feito para que mais profissionais da saúde tivessem acesso e conhecimento dessa Política especialmente sob a perspectiva da saúde da mulher negra?

Manuscrito 3:

Tabela 1: Perfil sócio demográfico (síntese)

Tabela 2: DSC 1 e IC 1 - Qualidade do atendimento das UBS

Tabela 3: DSC 2 e IC 2 - Racismo no atendimento nas UBS

Tabela 4: DSC 3 e IC 3 - A cor das UBS

Lista de Ilustrações

Introdução:

Sem figuras

Manuscrito 1:

Figura 1: Quantitativo das produções científicas por categoria

Manuscrito 2:

Figura 1: Auto declaração étnico-racial dos profissionais

Figura 2: Faixa etária dos profissionais

Figura 3: Nível de escolarização dos profissionais

Figura 4: Função desempenhada na UBS

Figura 5: Instituição de Formação Profissional

Figura 6: Tema Racismo na Formação Profissional

Figura 7: Conteúdo “Saúde da População Negra” durante a formação profissional

Figura 9: Covid-19, Enfermeiros (as), por faixa etária

Manuscrito 3:

Figura 1: Nível de Escolarização

Figura 2: UBS que procuram atendimento

Figura 3: Motivos de frequência à UBS

Figura 4: Qualidade do atendimento das UBS

Figura 5: Tempo que frequenta a UBS

Figura 6: Identidade Visual Instagram Mulher Negra e Saúde

Lista de Siglas

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANDIFES - Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior

CadUn - Cadastro Único

CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNS - Comissão Nacional de Saúde

CONSEPE – Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão

Covid-19 - Doença do coronavírus 2019

CTSPN - Comitê Técnico de Saúde da População Negra

DFID - Ministério da Cooperação do Reino Unido

DIEST - Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia

DISOC – Diretoria de Estudos e Políticas Sociais

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

GTI - Grupo de Trabalho Interinstitucional

H1N1 - Hemaglutinina1 e Neuraminidase1

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IFCE - Instituto Federal do Ceará

IST– Infecção Sexualmente Transmissível

LGBTQI+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros (travestis ou transexuais), Queer, Intersexual, (+)LGBT2QQAAP (Aliados, Agêneros e Andrógino)

MEC - Ministérios da Educação

MMFDH - Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos

MMN - Movimento de Mulheres Negras

MN - Movimento Negro

MS – Ministério da Saúde

NTRc – Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONDH - Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos
ONGs – Organizações Não-governamentais
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-americana de Saúde
PAF - Programa de Anemia Falciforme
PCRI - Programa de Combate ao Racismo Institucional
PEC - Proposta de Emenda Constitucional
PET Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios Contínua
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA – Plano Pluri Anual
SARS 15 - Síndrome Respiratória Aguda Grave
SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde
SEPPIR – Secretária de Promoção da Igualdade Racial
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SIM - Sistemas Nacionais de Informação sobre Mortalidade
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SPN - Saúde da População Negra
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF – Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância
USF - Unidade de Saúde da Família

Sumário

1. INTRODUÇÃO AO TEMA DA PESQUISA	24
2. OBJETIVOS DA PESQUISA	35
2.1. Objetivo Geral	35
2.2. Objetivos Específicos	35
3. REFERENCIAL TEÓRICO	36
3.1. Raça como negociação: racismo e antirracismo no Brasil	36
3.2. Trajetórias do Movimento Negro na Área da Saúde	40
3.3. Movimento de Mulheres Negras e Saúde	46
3.4. Educação em Saúde e Educação Permanente em Saúde	52
3.4.1 Instagram:	58
3.5. Discurso do Sujeito Coletivo – DSC	59
4. MATERIAL E MÉTODO	63
4.1. Tipo da Pesquisa	63
4.2. Sujeitos da Pesquisa	67
4.3. Campo da Pesquisa	68
4.4. Técnicas de Coleta de Dados	69
4.5. Redes sociais e informação: racismo, mulher negra e Covid-19	69
4.6. Técnica de Análise dos Dados	71
4.7. Questões Éticas	74
4.8. Apresentação dos Resultados da Pesquisa	74
5. REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO	77
6. RESULTADOS DA PESQUISA	84
7. MANUSCRITO 1 - Revisando a produção científica sobre saúde da mulher negra	85
6. MANUSCRITO 2 - Saberes dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde sobre saúde da mulher negra	104
7. MANUSCRITO 3 - Saúde da mulher negra e racismo institucional: o que dizem as usuárias de Unidades Básicas de Saúde do interior da Bahia	128
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	158
9. REFERÊNCIAS	160
10. APÊNDICES	173
11. ANEXOS	179

Introdução

1. INTRODUÇÃO AO TEMA DA PESQUISA

A pesquisa tem a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher como documentos de referência para a análise dos saberes dos(as) trabalhadores(as) da saúde acerca do atendimento à saúde da mulher negra, coadunando com o Plano Estadual Para a Década Afrodescendente da Bahia (2015-2024). Sendo que, a Política Nacional de Educação Permanente irá perpassar a análise dos saberes e balizar a intervenção a ser proposta ao final do estudo, em forma de projeto de extensão.

No Brasil os estudos sobre a população negra começaram a se materializar em fins do século XIX. De acordo com Munanga (1996), esses estudos foram sendo desenvolvidos a partir de duas correntes de pensamento. A primeira corrente, influenciada pela antropologia racialista ou racismo científico (meados de 1870), compreendia os negros como raça inferior e acreditava que a mestiçagem entre as três raças: negra, branca e indígena poderia trazer mazelas ao povo brasileiro. Outra corrente denominada por Santos e Maio (2004) como paradigma racial, já considerava a mestiçagem como positiva, pois possibilitaria o branqueamento da população brasileira, acabando, dessa forma, com “o sangue inferior” de negros e índios, nos dando outra identidade nacional. Ou seja, o sangue branco europeu, superior, iria sobrepor-se ao sangue das “raças inferiores”.

Influenciada pelo culturalismo surgiu uma corrente teórica nos anos de 1930 – o paradigma cultural – que reforçava a inferioridade da raça negra com o argumento de que haveria também uma inferioridade na própria cultura negra. Gilberto Freyre, ensaísta do cotidiano brasileiro foi um dos representantes dessa vertente que anunciou a convivência harmoniosa entre as diferentes raças no Brasil e ajudou a tecer o mito da democracia racial. Como afirma López (2012, p. 123) “O mestiço foi elevado à condição de símbolo nacional, representando tanto a ‘harmonia racial’ quanto a possibilidade de embranquecimento da nação”.

Este mito cairá por terra após uma série de pesquisas financiadas pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) no início dos anos de 1950, que visavam discutir as relações raciais para saber como no Brasil estas várias raças viviam em comunidade de forma integral, em uma fusão harmônica de raças e culturas. Segundo Munanga (1996) a intenção daquelas

pesquisas era descobrir e propor um modelo de convívio entre as raças. Entretanto, os estudos comprovaram que, na verdade, “a discriminação racial e racismo não só existiam como impediam a mobilidade social de mulheres e homens negros” (OLIVEIRA, 2009, p. 23).

Ficou evidenciado para o mundo que o Brasil não era o paraíso multirracial com a convivência tranquila e isenta de conflitos, preconceitos e desigualdades entre as raças. Esta desigualdade se dá em todos os setores e em várias dimensões da sociedade, envolvendo questões relacionadas a trabalho/emprego, educação, acesso aos meios de comunicação, moradia e atendimento às necessidades de saúde.

No alvorecer do século XXI voltam à cena pública as relações entre raça e saúde, a partir da proposta de criação de uma política setorial direcionada para a população negra. Esta se baseia na concepção de que as desigualdades raciais repercutem de forma específica na esfera da saúde pública e, por conseguinte, devem ser objeto de ação governamental para superá-las. Com base em uma articulação que envolve ONGs vinculadas ao Movimento Negro, agências estatais, fundações filantrópicas norte-americanas, instituições multilaterais e fóruns internacionais, especialmente no plano dos direitos humanos, a nova política antirracista surgiu no contexto da discussão sobre políticas de ação afirmativa no Brasil, iniciada nos anos de 1990. Trata-se da construção de uma política setorial, de recorte racial, gerador de um processo de diferenciação e de busca de legitimação em face dos agravos sofridos pela população negra no âmbito da saúde pública (MAIO & MONTEIRO, 2010, p. 309).

No Brasil o atendimento público em saúde, via SUS, tem como princípios: a universalidade, a equidade e a humanização das práticas médicas. No entanto existem mecanismos institucionais que atuam como políticas de exceção que delimitam zonas diferenciadas de acesso à cidadania, através de marcadores como raça, classe e gênero. O acúmulo de pesquisas realizadas a partir dos anos 2000 (Jurema Werneck, Petrônio Domingues, Nilma Lino, Carlos Hasenbalg, Kabengele Munanga, Djamila Ribeiro, entre outras e outros) vem demonstrando, reiteradamente, o perfil das desigualdades raciais no acesso a serviços e a procedimentos de saúde, além de diferenças de morbimortalidades, como mortalidade materna e infantil ou doenças de maior incidência que recaem sobre a população negra. Nessa acepção, tais pesquisas têm interpelado o Estado brasileiro, no sentido de que este reconheça a existência de um problema de saúde pública que envolve a população negra deste país, posto que, conforme estas mesmas pesquisas, o racismo estrutural e, sobretudo,

o racismo institucional tem produzido efeitos perversos, inclusive, nas políticas de acesso à saúde da população negra o que, no limite, define quem tem direito a viver ou a morrer neste país.

Nesse sentido, a compreensão/reflexão acerca de racismo institucional permite examinar o sistema de correlações de força não projetado em sua integralidade, ou dito de outra forma, nem sempre percebido, posto que muitas vezes vão se constituindo a partir de processos de naturalizações, mas que funciona sob o pressuposto *biopolítico* da seleção e da proteção do segmento branco em comparação aos segmentos não brancos da população. Assim, o controle sobre a vida vai sendo exercitado através de distintos dispositivos, na própria esfera do Estado, na execução das políticas públicas, inclusive das de saúde. Dessa forma, o Estado atua como um tipo de polícia, com suas práticas eugênicas, exercendo o controle sobre os corpos e sobre as vidas de setores da população que historicamente foram marginalizados, a exemplo das populações negras deste país como também indígenas e quilombolas. Na discussão acerca das práticas eugênicas do Estado além da estratificação por raça/cor, temos que levar em consideração as questões relacionadas a condições socioeconômicas e, principalmente, de gênero, voltando o olhar e atenção às mulheres negras.

A partir dessa realidade destacamos a urgência de se retomar uma discussão do movimento feminista, com a vertente racial denominada, feminismo negro. No Brasil, essa vertente teve início propriamente na década de 1970 com o Movimento de Mulheres Negras (MMN), através da compreensão de que faltava um tratamento conjunto das pautas de gênero e raça pelos movimentos sociais do período. O Movimento Feminista não tinha um tratamento interseccional e racial, não pautando, desta maneira, a dupla marginalização que as mulheres negras passam, tanto de gênero quanto de raça. Ademais, dentro do Movimento Negro (MN), liderado por homens, não havia disposição em contribuir nas lutas em oposição ao sexismo. O Movimento Feminista, que deveria enfatizar as distintas formas de segregação e hostilidade vivenciadas pelas mulheres, frequentemente considera que o sexismo supera a segregação racial e que todas passam pela mesma forma de sofrimento e sujeição ante os homens.

A filósofa, pesquisadora e militante do feminismo negro Djamila Ribeiro, constantemente destaca a relevância de se ter um movimento que trate de maneira constitutiva os preconceitos e discriminações que as mulheres negras passam. Na opinião dela, há um corpo social no qual se pratica a superioridade branca e que infelizmente o movimento feminista acaba integrando esse sistema. A discussão da não percepção das especificidades das mulheres negras pelas ativistas das outras vertentes do feminismo, acontece desde os tempos mais remotos e exemplos bem pertinentes desse cenário foram o desempenho das sufragistas e a luta pela autonomia financeira feminina na primeira fase do movimento feminista.

Angela Davis (2016), filósofa norte-americana e docente universitária, em seu livro *Mulheres, Raça e Classe*, afirma que as organizações de mulheres que lideraram o movimento sufragista não faziam coisa alguma pela agenda da população negra. No meio dessa situação, as mulheres negras não eram incluídas nessas organizações e nem sequer suas denúncias em oposição ao racismo e preconceito de gênero eram aceitas. De acordo com Davis, as feministas brancas de classe média não se importavam nem com a classe trabalhadora branca. Sendo assim, com as manifestações das chamadas mulheres vetadas, ocorreram as divisões de categorias feministas. Seguindo a mesma linha, a antropóloga e docente Lélia Gonzalez, reforça que a injustiça acontece e se projeta antes pelo viés racial. Dessa maneira, determina-se que a preferência das lutas das mulheres negras é a batalha contra o racismo, pelo simples motivo de existir um grupo dominador dentro do movimento feminista, que é o das mulheres brancas

Para compreender como o Movimento de Mulheres Negras (MMN) se organiza hoje em dia, vale contextualizar o convívio social e a maneira como ele encara as questões raciais e de gênero. Por isso, destaca-se que o patriarcado possui bases ideológicas semelhantes ao racismo, focando na supremacia do homem e na subalternidade da mulher. Nesse meio, prevalecem ideias hegemônicas de uma elite masculina branca, que detém a maior porção dos direitos reconhecidos e gozam de um vasto ambiente de possibilidades. Para entender e reposicionar a população negra em seu lugar na sociedade brasileira, Lélia Gonzalez (1935-1994) esteve praticamente em todos os lugares. Filha de pais pobres, um proletário negro e uma empregada doméstica de ascendência indígena, teve a chance de estudar e se formou

filósofa e historiadora. “Lélia Gonzalez é uma intérprete do Brasil, e esse é um lugar que os intelectuais negros ainda não conseguiram ocupar na sociedade brasileira”, afirma Marcia Lima (MERVIER, 2020, p. 1). Já a filósofa Sueli Carneiro, afirma que enquanto aluna da Universidade de São Paulo por mais de uma década nunca encontrou Lélia Gonzalez como referência bibliográfica das inúmeras disciplinas que cursou ao longo de sua formação acadêmica, mesmo sendo Lélia Gonzalez uma pensadora importante no processo formativo intelectual e político de mulheres negras (MERVIER, 2020). Esta intelectual negra que refletiu sobre a condição da mulher negra latino-americana numa sociedade patriarcal e decolonial afirma ser:

inegável que o feminismo, como teoria e prática, desempenhou um papel fundamental em nossas lutas e conquistas, na medida em que, ao apresentar novas questões, não apenas estimulou a formação de grupos e redes, mas também desenvolveu a busca por uma nova maneira de ser mulher (GONZALEZ, 2011, p. 12-13).

Outro expoente do ativismo no feminismo negro é Maria da Conceição Evaristo de Brito, a segunda de nove irmãos, teve a infância e a juventude marcadas pela extrema pobreza, na extinta favela do Pindura Saia na região centro-sul de Belo Horizonte. Trabalhou como babá e faxineira ao mesmo tempo que concluía os estudos secundários, aspirando à trajetória de professora, porém no momento em que concluiu o curso normal, não conseguiu trabalho em Belo Horizonte. Não havia, na época, concursos para professores em Minas Gerais e ministrar aulas só era possível para pessoas que fossem recomendadas. Mudou-se, então, em 1973 para o Rio de Janeiro, graduou-se em Letras pela UFRJ e seguiu seu caminho no magistério, ensinando por décadas na rede pública do Rio de Janeiro até aposentar-se no ano de 2006.

Em entrevista concedida a Juca Guimarães (Brasil de Fato), Conceição Evaristo se referindo aos textos de autores e autoras negras e a forma como estes são lidos pela maioria dos leitores, afirma que:

Antes de lerem nossos textos já fazem um pré-julgamento, ou dizem que a autoria negra é uma autoria de militância. Mas é preciso conhecer os textos. Peço muito para as pessoas que não leiam apenas

minha biografia, porque ela é importante sim, porque ela contamina meu texto, mas por favor leiam meu texto (GUIMARÃES, 2018, p. 1).

As obras dessa militante negra abordam questões como a discriminação racial, de gênero e de classe. Seu primeiro romance, Ponciá Vicêncio foi base de estudo acadêmico pela primeira vez no Brasil, em 2007, sendo traduzido para o inglês e publicado nos Estados Unidos no mesmo ano. Nos dias de hoje leciona na UFMG como professora visitante. Conceição Evaristo é ativista do movimento negro, com grande comunicação e exercício em eventos relativos à militância política e social.

Carolina Maria de Jesus, escritora brasileira que permaneceu desconhecida até a década de 60 do século XX, momento em que o seu primeiro livro foi lançado com o título de *Quarto de Despejo*. Uma mulher negra, moradora da favela do Canindé, em São Paulo, que trabalhava como catadora de papéis para criar sozinha os seus três filhos. Ainda que com muitas dificuldades de acesso à escolarização, Carolina Maria de Jesus era apaixonada por literatura. Suas condições de vida precárias eram relatadas em seus poemas e diários. Sucesso no meio literário com mais de um milhão de cópias vendidas, *Quarto de Despejo* ainda teve traduções em catorze línguas, nele Carolina denunciava muito do clima de hostilidade e marginalização em que vivia. Observando a existência à sua volta, percebia as desigualdades e sabia, enquanto mulher negra e pobre, que integrava a parte mais marginalizada e desprotegida dos indivíduos. Falando com base em sua experiência, narrava as lutas diárias de uma mãe que trabalhava todos os dias e não conseguia ao menos adquirir um par de sapatos para a filha. A partir de seus escritos, relata esse descontentamento e tantos mais que nunca passariam pela cabeça das pessoas mais abastadas.

Escrevendo sobre a favela e vivendo nela, Carolina foi a comprovação das várias desigualdades que até hoje dividem a população brasileira. No momento em que sua obra foi publicada, a autora começou a viver um estado permanente de julgamento e ira dos vizinhos, que sentiam que as suas vidas tinham sido expostas. Em um de seus escritos relatou:

Escrevo a miséria e a vida infausta dos favelados. Eu era revoltada, não acreditava em ninguém. Odiava os políticos e os patrões, porque o meu sonho era escrever e o pobre não pode ter ideal nobre. Eu sabia que ia angariar inimigos, porque ninguém está habituado a esse

tipo de literatura. Seja o que Deus quiser. Eu escrevi a realidade (JESUS, 1993, p. 171).

Ainda tratando de pesquisadoras e estudiosas negras que militam ou militavam em diversas frentes como literatura, ciências exatas e humanas temos Neusa Santos Souza, baiana que foi psicanalista lacaniana, profissionalmente bem-sucedida que, contrariando as estatísticas e as dificuldades do seu berço simples e com condições materiais de vida escassas, estudou bastante, graduando-se em Medicina, especializando-se em Psicanálise. Foi morar e trabalhar no Rio de Janeiro, lugar em que convivia com intelectuais e dando fundamental colaboração na luta em oposição a segregação racial e desempenhou papel determinante no meio intelectual, muitas vezes reduto de pessoas brancas e ricas, ao discutir temas essenciais a luta contra o racismo. Em seu livro *Tornar-se Negro* (1983), que é tido como o primeiro a discutir como os conflitos emocionais de negros causam um desprezo pela própria imagem por indução racista de seus algozes históricos que faz com negros e negras se consuma no esforço “por cumprir o veredicto impossível – desejo do Outro – de vir a ser branco” (SOUZA, 1983, p. 77), principalmente ao negro que ascende socialmente.

Na parte conclusiva da obra ela nos mostra que construir uma identidade negra é uma ação política, pois essa construção tem como condição a alteração de um modelo que foi ensinado desde o berço de sermos uma caricatura do branco. Romper com esse modelo, então, é um ato político, contestador, libertador lhe permitindo ter um rosto e uma identidade próprios, vindo dessa reflexão sua frase mais conhecida e replicada em vários espaços que “ser negro não é uma condição dada, a priori. É um vir a ser. Ser negro é tornar-se negro” (SOUZA, 1983, p. 77) e que ser negra, por sua vez, parte da mesma premissa com o peso de ser mulher numa sociedade patriarcal e racista.

No Brasil o percentual de pessoas que se declararam negras na última contagem do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), foi de 56,10% do total da população, ou seja, dos 209,2 milhões de habitantes do país, 19,2 milhões se identificam como pretos, enquanto que 89,7 milhões se declaram pardos. É importante observar que o IBGE entende como negros a soma de pretos e pardos, o que nos apresenta um quadro de maioria negra na população. No entanto, mesmo os números mostrando a superioridade populacional dos negros essa superioridade não

se reflete na sociedade brasileira no que se refere aos índices de condições materiais de vida dessa população. Ainda tomando como referência dados do IBGE de 2018 via Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios Contínua (PNAD), a soma de todas as mulheres da população brasileira é de 51,7%, enquanto que de homens é 3,4% menor (48,3%) e da porcentagem feminina 28% (60 milhões) são mulheres negras e, mais uma vez, o quantitativo populacional não tem peso quando o Estado elabora e implementa políticas de inclusão social (<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2019/11/20/consciencia-negra-numeros-brasil/>).

Mesmo o maior percentual da população brasileira sendo composto por negros e negras esses percentuais não se reproduzem quando nos referimos aos indicadores sociais, na verdade a pirâmide se inverte. Os negros ganham menos do que os brancos. Tomando os dados do IBGE, o rendimento médio domiciliar per capita de pretos e pardos em 2018 foi de R\$ 934,00, enquanto que neste mesmo ano, os brancos ganhavam, em média, R\$ 1.846, praticamente o dobro. Já entre a população brasileira que recebe os maiores rendimentos (10%), só 27,7% são negros. Quando nos debruçamos sobre as condições daqueles que não têm emprego ou sobrevivem subocupados, negros são a maior parte (Tabela 1):

Tabela 1: Taxa de desemprego Brasil - 2019

Homens brancos	8,3%
Homens negros	12,1%
Mulheres brancas	11%
Mulheres negras	16,6%

Fonte: PNAD - 2019

Analisando a tabela acima vemos que a mulher negra é a que mais sofre com a discriminação de gênero e raça, a mulher negra sofre primeiro por ser negra e depois por ser mulher. Quando um empregador homem e branco se vê obrigado a empregar mulheres ele irá abrir as portas para a mulher branca, muitas vezes associada com sua mãe, esposa e/ou filhas.

As mulheres negras também são vítimas mais recorrentes de homicídios. Segundo o Atlas da Violência de 2019, a taxa de assassinatos dessas mulheres cresceu

29,9% de 2007 a 2017, entretanto no mesmo período, os casos de homicídio de mulheres não-negras cresceram apenas 4,5%. O principal grupo de risco nos casos de feminicídio continua sendo das mulheres negras, o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2019 mostrou que 61% das mulheres que sofreram feminicídio no Brasil eram negras.

O povo negro além ocupar os piores postos de trabalho e estar mais exposto a violência, seja ela física ou emocional, sempre teve os menores níveis de escolarização formal. Entretanto, nos últimos anos a taxa de analfabetismo entre negros de 15 anos ou mais diminuiu, de 9,8% em 2016 caiu para 9,1% em 2018. Mesmo assim, é mais que o dobro da taxa de analfabetismo entre brancos da mesma faixa etária, que ficou em 3,9% no ano passado, segundo o IBGE (Informação Demográfica e Socioeconômica, nº 41). Esse mesmo estudo do IBGE aponta que em 2018, 50,3% dos estudantes das instituições públicas de ensino superior eram pretos ou pardos. De acordo com a Sinopse Estatística da Educação Superior de 2018 do Inep, a maioria dos negros (totalidade de pretos e pardos) que estão no ensino superior no Brasil estudam em universidades particulares. Ainda em 2018 dos 591 mil de pretos que cursavam o ensino superior, 66,86% frequentavam instituições privadas, já entre os 2,4 milhões de pardos que estavam matriculados em instituições de ensino superior, 73,54% cursavam na rede privada.

É válido ressaltar que a escolarização está diretamente ligada aos cuidados com a saúde da casa e da família e quando falamos de escolarização da mulher/mãe/esposa essa relação é ainda mais evidente. Estudos comprovam que dar acesso à educação formal às mulheres contribui para diminuição das taxas de mortalidade infantil por doenças evitáveis ou relacionadas aos hábitos de higiene, saneamento e cuidados com a casa.

Parcelas da população branca mundial e, mais ainda a brasileira, tendem a ver esses números negativos como características naturais de uma raça. Isso se dá, ora pelo desconhecimento da história da escravidão nos países que, tal qual o Brasil, se utilizaram do trabalho não remunerado dos povos africanos na Europa e nas Américas, ora por serem/estarem contaminados pelo racismo entranhado na estrutura das sociedades de classe.

Diante de tais reflexões temos como pressupostos os seguintes questionamentos: quais ações da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Brasil estão sendo desenvolvidas? Como estão ocorrendo os atendimentos de saúde da mulher negra na atenção básica de saúde no município de uma cidade do interior baiano? Quais os conhecimentos e saberes dos(as) trabalhadores(as) de saúde acerca da saúde da mulher negra? Como se configura a saúde da mulher negra, em vários aspectos, na realidade da pandemia de Covid-19 no Brasil?

2. OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1. Objetivo Geral

Analisar os saberes dos(as) trabalhadores(as) da saúde sobre o atendimento à saúde da mulher negra em Unidades Básicas de Saúde do município de Jequié/BA.

2.2. Objetivos Específicos

1. Realizar revisão sistemática da literatura em língua portuguesa sobre o tema da saúde da mulher negra e da relação entre saúde, etnia e gênero;
2. Conhecer as possíveis ações realizadas para o atendimento da mulher negra em Unidades Básicas de Saúde num município do interior baiano;
3. Esquadrinhar o atendimento à saúde das mulheres negras assistidas em Unidades Básicas de Saúde de Jequié/BA.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Raça como negociação: racismo e antirracismo no Brasil

Para Santos (1984) o racismo é uma forma de ratificar a superioridade de um determinado grupo racial sobre outros, não levando em consideração os valores culturais, sociais e étnicos presentes na cultura destes. No Brasil o racismo tem sido reproduzido ao longo dos tempos e, na maioria das vezes, com grande violência (em suas várias formas) outorgada pelo preconceito racial recorrente. Autores e pesquisadores como Florestan Fernandes, Oracy Nogueira, Roger Bastide, Thales de Azavedo e Octavio Ianni, de acordo com Oliveira (2009):

Consideram que a discriminação racial brasileira se devia a vestígios do passado escravista, o que veio a ser refutado posteriormente com o aprofundamento dos estudos sobre o tema que apontaram que o racismo constatado era produto da sociedade brasileira contemporânea e repousava sobre outros antagonismos além daqueles do escravismo. (OLIVEIRA, 2009, p. 23-24).

Chamamos a atenção sobre os efeitos do racismo na vida das pessoas, em que o acesso às posições sociais de prestígio e ao poder é racializado e naturaliza as desigualdades entre os grupos. As práticas racistas chegam ao nível da negação da humanidade de alguns grupos. Para López (2012, p. 122):

Nos debates que apontam legitimar (ou deslegitimar) a existência do racismo e a pertinência da raça como conceito analítico a respeito da realidade social brasileira, pouco lugar têm as reflexões sobre os mecanismos do racismo nas instituições. Um dos motivos de ausência parcial deste tipo de reflexão pode estar relacionado às dificuldades de as instituições reconhecerem esses mecanismos e se autoexaminarem como (re)produtoras de racismo.

A raça, então, tem sido colocada “como símbolo de posição subalterna na divisão hierárquica do trabalho” (HASENBALG, 1979, p. 83), determinando os lugares que esta ou aquela raça pode e/ou deve ocupar na sociedade, continuando a favorecer os brancos, mesmo passado mais de um século da abolição da escravatura.

A estigmatização da população negra é um exercício de vigilância das hierarquias, que se dá pela violência física e também simbólica, repercutindo sobre o próprio corpo: mutilando-o (cabelo, nariz, lábios); esfolando-o (embranquecendo socialmente); codificando-o (mediante o mapeamento científico e estatal sobre o seu corpo e dos

estigmas sexuais); intimidando (com a violência policial, especialmente contra os rapazes afro-brasileiros de 18 a 24 anos de idade); culpabilizando-o (pelo discurso que o coloca como responsável por suas próprias estratégias); paralisando-o (politicamente); empobrecendo-o (economicamente); humilhando-o (por meio dos discursos de que o/a negro/ seria menos capaz); vigiando-o (“coloque-se no seu lugar”, “negro atrevido”); adoecendo-o (por meio do descaso médico, da assistência tardia ou mal realizada, do descaso contra a gestante negra e falta de atenção às doenças que são mais frequentes em população negra, tais como a anemia falciforme, a hipertensão, o câncer de próstata, e alguns tipos de miomas uterinos) (VIEIRA & MEDEIROS, 2014, p. 238-239).

Almeida (2018, p. 25) conceitua racismo como:

uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios, a depender do grupo racial ao qual pertençam.

Numa sociedade racializada, que define papéis e direitos a partir da raça de forma hierarquizada, entende-se que o Estado é no mínimo condescendente com essa naturalização, visto que ele vem historicamente legitimando ações racistas em suas instituições, o que configuraria em um tipo de racismo institucional.

O conceito de racismo institucional surge pela primeira vez em 1968, ano da publicação de *Black Power* de autoria de Kwame Turu e Charles Hamilton, lá os autores diziam que muito mais do que a ação de indivíduos com motivações pessoais, o racismo está infiltrado nas instituições e na cultura, gerando, em princípio, condições desfavoráveis para boa parte da população. Mais recentemente estudos mostram que o racismo está além das instituições públicas e privadas que compõem o Estado, mas se apresenta ou se manifesta na própria estrutura das sociedades de classe. É quando determinadas ações, hábitos, situações, falas e pensamentos racistas estivessem de tal forma incrustada na vida cotidiana do povo que passa ser naturalizado tanto por quem pratica (direta ou indiretamente) e, muitas vezes, para quem sofre com essa prática discriminatória, segregacionista e preconceituosa, ou seja, a população negra.

Nessa acepção, Silvério (2001) citado por Sampaio (2003, p. 79) aponta que

com a publicação de *Black Power*, a distinção entre o racismo aberto e individual e o racismo encoberto e institucional, tornou-se extremamente importante para estratégia política de combate ao

racismo. Nesse trabalho, os autores caracterizaram a primeira “forma” como ações específicas praticadas por indivíduos e a segunda “forma” como ações e inações que manteriam o povo negro em uma situação de desvantagem contando com a participação ativa e efetiva dos anti-negros, através de atitudes e práticas.

Em publicação mais recente Almeida (2018) afirma que o racismo pode ser definido a partir de três concepções: a individualista, a institucional e a estrutural. A individualista é quando o racismo se mostra como uma falha patológica, decorrente de preconceitos, de modo geral, manifestados individualmente. A concepção institucional de racismo é quando se atribuem vantagens e desvantagens a determinados grupos em razão da sua raça, conferindo normalidade/naturalização a estes atos, por meio do poder próprio das instituições. Já o racismo é estrutural que

diante do modo “normal” com que o racismo está presente nas relações sociais, políticas, jurídicas e econômicas, faz com que a responsabilização individual e institucional por atos racista[s] não extirpem a reprodução da desigualdade racial (BATISTA, 2018, p. 3)

Ainda nas reflexões de Almeida (2018, p. 63)

Em um país desigual como o Brasil, a meritocracia avaliza a desigualdade, a miséria e a violência, pois dificulta a tomada de posições políticas efetivas contra a discriminação racial, especialmente por parte do poder estatal”.

Negar o racismo em conjunto com a evolução e consolidação da concepção de democracia racial, na verdade aperfeiçoa o conceito de meritocracia e referenda o discurso que, se os negros não se esforçarem não terão condições concretas de usufruir de direitos iguais aos dos brancos. No entanto, esse pensamento serve apenas para retirar do Estado a responsabilidade de ter contribuído para segregação e retirada de direitos dos negros desafricanizados que estão nesta terra desde 1535. Entendendo que o Estado é um sistema que se empenha em produzir práticas (que se manifestam de formas bem mais amplas e profundas que as leis), o discurso da meritocracia é utilizado por ele e suas instituições para manter, ampliar e naturalizar as desigualdades entre brancos e negros. Almeida vai além ao afirmar que o racismo esta institucionalizado no imaginário brasileiro, visto que os estudos e pesquisas realizadas e/ou financiadas no e pelo Estado que tinham por objetivo analisar a desigualdade racial em nosso país foram, na verdade apropriados para justificar a

inferioridade do povo negro se eximindo de qualquer menção à condição de vida que os negros foram expostos ao longo de sua trajetória de imigração forçada. Isso é no mínimo um processo discriminatório, quando se dá tratamento diferenciado em razão da raça do outro. A discriminação e o racismo associados a condição de ser pobre, mulher, homossexual e candoblecionista colaboram para a inferiorização dos negros e faz com que o grupo dominante destine os piores postos de trabalho, os lugares mais insalubres de moradia sem boas escolas e desprovido, muitas vezes, de atendimento médico humanizado.

A estrutura social é racista, em todos os espaços da sociedade brasileira encontramos negros e negras em condições subalternas, vivendo a crônica ausência de direitos constitucionais, a exposição constante a violência cultural e policial e repressora do Estado. Independente de sermos racistas ou não, se aceitarmos o racismo ou não, ele está presente e constitui as relações dentro de um padrão de “normalidade”.

É no contexto da década de 1990, e com maior ênfase nos anos 2000, com a crescente demanda trazida pelo Movimento Negro (MN) frente ao Estado brasileiro, que o conceito e o debate em torno do racismo institucional emergem como organizador de uma nova pauta de ações, que possibilita a mobilização dos vários atores sociais que intervêm no processo de elaboração de políticas públicas de promoção da igualdade racial, dentre elas as voltadas para a saúde da população negra. Ademais, segundo López,

O racismo institucional, tal como o definem Silva et al. (2009), não se expressa em atos manifestos, explícitos ou declarados de discriminação (como poderiam ser as manifestações individuais e conscientes que marcam o racismo e a discriminação racial, tal qual reconhecidas e punidas pela Constituição brasileira). Ao contrário, atua de forma difusa no funcionamento cotidiano de instituições e organizações, que operam de forma diferenciada na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial. Ele extrapola as relações interpessoais e instaura-se no cotidiano institucional, inclusive na implementação efetiva de políticas públicas, gerando, de forma ampla, desigualdades e iniquidades. (LÓPEZ, 2012, p. 127)

O racismo institucional [...] “se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas,

falta de atenção e ignorância” (LÓPEZ, 2012, p. 128). É nesse sentido que o biopoder/biopolítica (FOUCAULT, 1996) se exerce como prática e vigilância dos corpos dos sujeitos.

A biopolítica dos Estados modernos constitui uma tecnologia de “fazer viver” aqueles segmentos da população que constituiriam o protótipo de normalidade e humanidade, à contraluz e mediante a exclusão violenta de sua “alteridade”, ou seja, “deixando morrer” os segmentos de população que não entram nos parâmetros do desenvolvimento econômico e da modernização (Foucault, 1996). Assim, a saúde das populações torna-se foco do jogo político moderno. A saúde constitui estratégia biopolítica, na medida em que conforma um conjunto de práticas de significação que organizam e regulamentam a população em seu conjunto. O biopoder se refere a um campo composto por tentativas, mais ou menos racionalizadas, de intervir sobre as características vitais da existência humana. Ele é exercido como um controle social que começa no corpo, expressando a materialidade do poder nos corpos dos indivíduos. Os discursos sobre o sexo e sobre a raça são paradigmáticos para pensar a sobreposição entre o controle sobre os corpos e a biopolítica, para produzir uma população saudável. (LÓPEZ, 2012, p. 129).

O corpo negro nesse jogo da biopolítica ao “fazer viver” e “deixar morrer” está submetido a ações e tentativas do biopoder nas estruturas do Estado, ficando a mercê da falta de ação dos órgãos/instituições de saúde. Fazer viver se configura como ação direta de não deixar que o corpo morra, na maioria das vezes (por escolha), o corpo branco. Enquanto que, deixar morrer é a inércia, é a viseira conveniente que não enxerga o corpo, nesse caso o negro.

Então, nas palavras de Carneiro (2006, p. 22) “falar de saúde é dar expressão ao corpo. É escutá-lo como corpo expressivo, sensível, vulnerável, transcendente.” Refletir sobre a saúde da população negra, independentemente de qualquer outro recorte, como classe ou gênero, é refletir como o Estado percebe e trata o corpo negro em suas instituições de saúde. Essa percepção se materializa em várias formas, como: racismo direto, restrição de atendimento, agressão verbal e física, além de limitações na administração de medicamentos, principalmente para alívio da dor.

3.2. Trajetórias do Movimento Negro na Área da Saúde

Traçar a trajetória do Movimento Negro no Brasil requer recuar alguns passos na história quando essa população ainda vivia sob o sistema de escravidão. Em

1535 aportou em Salvador o primeiro navio trazendo negros africanos para serem escravizados no Brasil e viverem em péssimas condições de vida. A escravatura no Brasil durou 353 anos e nesses quase quatro séculos houve muita resistência dos negros quanto a sua condição de escravos, resistências que se materializava nos suicídios e nas fugas e construção de quilombos, como também na realização de abortos, alternativa encontrada pelas escravas para não verem seus filhos nascerem sem liberdade. A mulher negra escravizada, da mesma forma que os homens, buscavam formas de resistir, de se rebelar contra a situação de cativas, seja de forma explícita e, por vezes, violenta, seja burlando a consciência de seus senhores. Fato é que não houve uma escravidão pacífica (MATTOSO, 2016).

Após o Brasil ser constrangido/obrigado a declarar extinta a escravidão em seu território, seria de se pensar que o Estado implementasse ações para inserir os escravos, agora libertos, na sociedade, com políticas inclusivas, educacionais, sociais e econômicas. Entretanto, nada foi feito, essa população foi entregue à própria sorte e para ocupar seus antigos postos de trabalho os fazendeiros trouxeram navios cheios com europeus pobres e brancos. Na reflexão de Bento (2002) os negros e negras descendentes dos escravos que foram trazidos a força para o Brasil foram completamente excluídos do processo de industrialização que emergia no Brasil sem que houvesse a menor preocupação por parte da elite branca brasileira e menos ainda dos recém-chegados imigrantes europeus. Essa condição vivida pelos negros será o solo fértil para a criminalidade, a miséria e a delinquência, frutos de uma situação imposta de pobreza crônica e exclusão social e econômica que se seguirá por mais de cem anos após a abolição da escravatura.

No período que se segue a 1888 no Estado brasileiro houve uma “ausência de políticas públicas de inclusão e reparação aos danos sofridos pelos negros, ao longo de sua história de imigração forçada, escravidão e subserviência” (SANTA ROSA, 2013, p. 35). A ideia de que o negro não consegue ter sucesso na vida devido a sua capacidade intelectual limitada ou que não trabalhou o suficiente é estruturalmente implantada na sociedade. Essa ideia forjada impõe a população negra a culpa pela sua própria sorte sem que a sociedade, inclusive alguns negros, não percebam que tudo isso é fruto de uma ausência de políticas inclusivas no passado ou políticas reparadoras no presente. Entretanto, vemos que por si só as políticas afirmativas não

garantem a população negra o pleno exercício de seus direitos enquanto cidadãos brasileiros. O Estado, cuja estrutura é racista, naturaliza a falta de acesso dos negros ao gozo de seus direitos legais e a contínua facilitação (ou cumprimento) do acesso dos cidadãos brancos aos seus direitos. Ou seja, quando se trata de racismo persiste o silêncio, a omissão ou no mínimo a distorção no que diz respeito ao lugar que o branco e o negro ocupam nas sociedades de classe.

Na emergência e na necessidade de organização dos vários grupos sociais em torno de seus direitos, o Movimento Negro surge nos anos de 1970, com um novo perfil de atuação coletiva e mobilização social, buscando lutar e atuar de maneira política e organizada em defesa dos seus direitos de cidadãos numa frente que discute, defende e conceitua “ações de reparação social”. Mesmo corroborando com Domingues (2007, p. 102) que entende que “movimento negro são todos os movimentos que organizem em qualquer tempo e aspecto sob qualquer rubrica descendentes de africanos no Brasil”, como as irmandades negras, os terreiros de candomblé, a capoeira ou as escolas de samba, evidenciaremos aqui um pouco da trajetória de mobilização dos afrodescendentes brasileiros na perspectiva da ação política de mobilização racial (negra).

O Movimento Negro se utilizará de variadas estratégias e recursos reivindicando a igualdade racial e social no país. É nesse cenário que essas representações entram em atividade na tentativa de reverter ou diminuir a situação de desigualdade, principalmente no que diz respeito a condição educativa e de saúde da população negra brasileira.

A única saída contra o racismo é reverter, na prática, a situação de discriminação que os segmentos discriminados sofrem, mudando-os de posição, possibilitando-lhes a ascensão social, construindo oportunidades iguais para todos, de forma que negros e brancos tenham que conviver com dignidade em diferentes setores e instituições da sociedade e participem verdadeiramente de um processo democrático (GOMES, 2004, p. 02).

Neste contexto, Domingues (2007) observa que as reivindicações do Movimento Negro são de cunho político e de mobilização racial e que muitas vezes toma o viés cultural, de reafirmação da cultura africana. A principal bandeira erguida pelo MN ao longo da história foi a defesa do acesso equitativo e igualitário à educação para essa significativa parcela da sociedade, passando a ser considerado um marco

importante na construção da coletividade política desse povo. Ao mesmo tempo levanta-se a bandeira da saúde com as discussões acerca do imperativo de construir uma política de saúde voltada para as necessidades da população negra.

Apresentaremos, de forma resumida e, de certa forma, linear uma linha do tempo das principais ações, denúncias e bandeiras do MN. É importante ressaltar que essa trajetória, por ser política e social, foi marcada por conflitos e embates nas várias esferas do poder.

- 1980/1990: Denúncias e campanhas contra o extermínio de crianças e esterilização de mulheres negras;
- 1992: Implantação do quesito cor no sistema municipal de informação SP/SP;
- 1995: Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e pela Vida, que incluía a criação de políticas para a Saúde da População Negra (SPN); a atenção à doença falciforme passa a ser utilizada como um marcador da qualidade das respostas do SUS à SPN; criação do Grupo de Trabalho Interinstitucional/GTI no governo federal, cujas tarefas incluíam formulações de ações e políticas para a SPN;
- 1996: Mesa Redonda sobre a SPN pelo Ministério da Saúde; quesito cor nas declarações de nascidos vivos e de óbito e nos sistemas nacionais de informação sobre mortalidade (SIM); criação de programas e ações nacionais, em estados e municípios, de doença falciforme;
- 2000: Pré-Conferência Cultura e SPN pela Fundação Cultural Palmares e Ministério da Saúde;
- 2001: Workshop Interagencial de SPN, com representantes de todas as agências da Organização das Nações Unidas - Brasil e especialistas em SPN, que resultou na proposta de Política Nacional de SPN: uma questão de equidade; criação do Programa de Combate ao Racismo Institucional (RI)/PCRI do Ministério da Cooperação do Reino Unido/DFID e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/PNUD; publicação do Manual de Doenças Mais Importantes por Razões Étnicas na População Brasileira Afrodescendente do MS; inclusão de doença falciforme e outras hemoglobinopatias no Programa Nacional de Triagem Neonatal;

publicado o livro Saúde da População Negra de Fátima de Oliveira, pela Organização Pan-americana de Saúde/OPAS;

- 2003: Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial/SEPPPIR firma um Termo de Compromisso com o MS; 12^a Conferência Nacional de Saúde, com aprovação de mais de 70 deliberações sobre SPN;
- 2004: Criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra/CTSPN do MS, junto a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do MS; I Seminário Nacional de SPN, pelo MS, com o SUS e o movimento negro; Inclusão da saúde da população negra no Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil; Programa Integrado de Ações Afirmativas para Negros (Brasil Afroatitude), do Programa Nacional de IST/AIDS do MS;
- 2005: I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial, com debates e deliberações sobre saúde; movimento negro na Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia, com inclusão da SPN entre as prioridades de pesquisas; inclusão da SPN no Plano Nacional de Saúde; lançamento pelo MS das publicações SPN Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade e Atlas Saúde Brasil, trazendo informações sobre a SPN e as desigualdades raciais na saúde; inserção item sobre SPN no PPA 2006-2007; 2^o Seminário Nacional de SPN;
- 2006: Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme; MN conquista pela primeira vez representação no Conselho Nacional de Saúde/CNS, para o mandato 2007-2009; o Ministro da Saúde reconhece a existência de racismo institucional no SUS comprometendo-se para sua superação; MN cria o 27 de outubro - Dia Nacional de Mobilização Pró- SPN; o Conselho Nacional de Saúde aprova por unanimidade a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra/PNSIPN;
- 2007: 13^a Conferência Nacional de Saúde, sendo a Política Nacional da Saúde Integral da População Negra - PNSIPN como um dos principais instrumentos de consolidação da equidade no SUS;

- 2008: Criação da Comissão Intersectorial de Saúde da População Negra do CNS; pactuação na Comissão Intergestores Tripartite/CIT, da PNSIPN;
- 2009: Publicação no Diário Oficial da União a Portaria 992 do MS que oficializa a PNSIPN;
- 2010: Estatuto da Igualdade Racial (Lei 12.288) com a PNSIPN.

Fonte: UNA/SUS/MS

O movimento da Reforma Sanitária, apoiado no tripé universalidade, integralidade e gratuidade, conforme inscrito na Constituição Federal, concebe a saúde como direito universal de cidadania. Apesar de todos os percalços existentes no campo da saúde pública no país, há um consenso de que a Reforma da Saúde é um dos mais bem-sucedidos projetos políticos de incorporação dos setores populares, segmentos com expressiva presença de negros e negras ou, como prefere denominar o Movimento Negro Brasileiro, os afrodescendentes deste país (MAIO & MONTEIRO, 2010).

No Brasil o atendimento público em saúde, via SUS, tem como princípios: a universalidade, a equidade e a humanização das práticas médicas. No entanto existem mecanismos institucionais que atuam como políticas de exceção que delimitam zonas diferenciadas de acesso à cidadania, através de marcadores como raça, classe e gênero. O acúmulo de pesquisas realizadas a partir dos anos 2000 vem demonstrando, reiteradamente, o perfil das desigualdades raciais no acesso a serviços e a procedimentos de saúde, além de diferenças de morbimortalidades, como mortalidade materna e infantil ou doenças de maior incidência que recaem sobre a população negra. Nessa acepção, tais pesquisas têm interpelado o Estado brasileiro, no sentido de que este reconheça a existência de um problema de saúde pública que envolve a população negra deste país, posto que, conforme estas mesmas pesquisas, o racismo estrutural e, sobretudo, o racismo institucional tem produzido efeito perversos, inclusive, nas políticas de acesso à saúde da população negra o que, no limite, define quem tem direito a viver ou a morrer neste país.

Para a maioria dos autores que discute essa temática o avanço dessas políticas está intimamente ligado com a Educação Permanente dos Profissionais de Saúde sendo uma estratégia imprescindível para que haja melhorias no atendimento à saúde e solidificação das leis implementadas. Sendo assim, em 2009 a Política

Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) invoca em sua primeira diretriz a “Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde” (BRASIL, 2009, p. 31).

Entretanto, de acordo com Werneck (2016) verifica-se que esse avanço, apesar de ter contribuído para a visão de um sistema universal de saúde com integralidade, equidade e participação social, foi insuficiente para inserir no novo sistema mecanismos explícitos de superação das barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde, particularmente aquelas interpostas pelo racismo (inclusive o institucional), falta de conhecimento e preparo dos profissionais de saúde.

Além de políticas nacionais de saúde, estratégias locais de saúde, no nível da Unidade de Saúde da Família (USF), devem ser identificadas e realizadas para a cobertura também de problemas locais, utilizando a premissa da descentralização para um maior sucesso no atendimento aos cidadãos e cidadãs negros e negras. Para a identificação dessa problemática local é necessário, portanto, que os profissionais de saúde estejam muito bem informados e capacitados. Segundo Ceccim (2005), a interação entre os segmentos ensino/aprendizagem, atenção à saúde e participação social em saúde permite trazer a realidade ao processo de trabalho e seu estreitamento com as necessidades da comunidade, valorizando e potencializando sua área de conhecimento e atuação. Permite também amplificar a aprendizagem significativa, a capacidade crítica, bem como produzir sentidos, autoanálise e autogestão. Isso é a Educação Permanente, com formação contínua sobre a temática específica do racismo estrutural e institucional.

3.3. Movimento de Mulheres Negras e Saúde

As particularidades vividas pelas mulheres negras não são as mesmas vividas pelas mulheres brancas quando são atingidas pelo sexismo e não se assemelham com as vividas pelo homem negro quando eles são atingidos pelo racismo. Juntos, o sexismo e o racismo, perpetuam símbolos e imagens da representação da mulher negra que produz a ideia que ela está aqui e em todos os lugares para servir aos outros, sendo esses outros, homens de todas as cores e etnias e mulheres brancas. As

mulheres negras vivem em um lugar singular, um lugar de intersecções em vários aspectos, mas se olharmos para o aspecto das opressões essa singularidade mais se evidencia, numa diferenciação entre sujeitos e grupos especados na raça e no gênero – mulheres e homens, negros/negras e brancos/brancas. (WERNECK, 2009).

O direito à saúde, como também a educação e a moradia estão previstas na Carta Magna de 1988, sendo obrigação do Estado prover os serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Quanto às mulheres esse direito deve ser compreendido de forma integral, atendendo-as não apenas em suas funções reprodutivas, mas com pleno acesso aos serviços de saúde, relacionados ou não à maternidade. O SUS entre suas políticas públicas de promoção e equidade em saúde fortalece a necessidade de atenção específica a essa parcela da população brasileira e cria em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). As mulheres, passam a ser compreendidas como sujeitos ativos no cuidado de sua saúde, que opta por ser ou não ser mãe e, optando por ser, escolhe o melhor momento para a maternidade. Os próprios movimentos de mulheres entendem que o acesso a serviços de saúde de qualidade, que ofereçam meios de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e a métodos contraceptivos se configura como o pleno exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos enquanto mulheres autônomas, livres e cientes de seus direitos (<http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/areas-tematicas/saude>).

As mulheres são a maioria da população brasileira, 51,7% (PNAD Contínua, 2018) e as principais usuárias dos serviços de saúde (78% do total de usuários), tanto no sistema de saúde privado quanto no SUS. Elas frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas principalmente, na condição de acompanhantes de crianças e familiares, pessoas idosas, com algum tipo de deficiência ou limitação, vizinhos, amigos. Na maioria dos casos elas são as cuidadoras dessas pessoas, independentemente de haver alguma ligação de parentesco com elas (BRASIL, 2004).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher as mulheres vivem mais do que os homens, entretanto adoecem com mais frequência. “A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos” (BRASIL, 2004, p. 9).

A literatura nos traz vários conceitos sobre a especificidade da saúde da mulher. Há conceitos que se referem apenas a biologia e a anatomia do corpo feminino e outras que também dialogam com as demandas femininas nas áreas do direito e da cidadania. Pensar saúde da mulher é ultrapassar o limite da função reprodutiva e da maternidade, é preciso pensar e agir tendo como foco seus direitos sexuais e as questões de gênero, etnia e classe (COELHO, 2003).

A ascensão da mulher a postos de trabalho fora do lar, irá gerar mais autonomia, liberdade e realização pessoal, entretanto sem se desvincular das tarefas domésticas e do cuidado da prole e de outros membros da família. Essa dupla jornada de trabalho (para as mulheres que estudam é uma jornada tripla) fará com que muitas agreguem hábitos como o consumo do tabaco e do álcool, que antes eram majoritariamente hábitos masculinos. Essa nova mulher com novos hábitos, atribuições e responsabilidades passará a ser acometida por novas doenças e morbidades que acometia mais os homens.

Em pesquisa de mestrado realizada por Martin (2018) objetivando analisar o perfil da mortalidade feminina em idade fértil (10-49 anos) no Brasil, no período de 2010 a 2014, tendo a evitabilidade do óbito como variável principal, chegou aos dados que se seguem. Nesse período ocorreram 332.935 óbitos de mulheres em idade fértil, com média de 66.587 óbitos por ano. As mortes evitáveis corresponderam a 69,8% (232.300 óbitos) do total de óbitos de mulheres em idade fértil, com taxa de 1,06 óbitos por 1000, sendo 0,74 óbitos evitáveis por 1000. Quando a pesquisadora agrupou por causas a partir da CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão) chegou nos seguintes números:

Causas externas (26,7%); as Neoplasias (20,4%); as Doenças do aparelho circulatório (20,0%) e as Doenças Infecciosas e parasitárias (11,3%) representaram 78,4% do total de óbitos evitáveis na faixa etária estudada” (MARTIN, 2018, p. 7).

Na faixa etária de mulheres mais jovens a investigação constatou a menor proporção de óbitos evitáveis (56,8%), ou seja, quanto mais avançada na idade a mulher for, mais propensa está a morrer por uma causa evitável. Outro aspecto da pesquisa que nos interessa diz respeito ao recorte cor da pele, as mulheres de cor de

pele preta tiveram uma taxa de mortalidade por causa evitável 53% maior do que as mulheres de pele branca, sendo que a principal causa de morte foi a Aids (10,9%).

A PNAISM tem por objetivos gerais:

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.
- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2004, p. 67)

Demonstrando o interesse em melhorar as condições de saúde das mulheres o que, diretamente, reverbera melhoria das condições materiais de vida. É fato que essa política não surge como benesse do Estado, mas como fruto da luta de várias mulheres, das mais variadas profissões e escolaridade, dos vários territórios brasileiros e dos mais variados matizes. Justamente por essa diversidade que a política em seus objetivos específicos abarcou as especificidades das mulheres do campo e da cidade, das mulheres dos rios e das florestas, das mulheres LBGT, das mulheres em situação de encarceramento, de violência doméstica e sexual, de todas as idades, escolarizações e cores, especialmente as mulheres negras que historicamente viveram alijadas dos direitos mais básicos dos cidadãos comuns. Para as mulheres negras a PNAISM definiu como objetivos:

- Melhorar o registro e produção de dados;
- Capacitar profissionais de saúde;
- Implantar o Programa de Anemia Falciforme (PAF/MS), dando ênfase às especificidades das mulheres em idade fértil e no ciclo gravídico-puerperal;
- Incluir e consolidar o recorte racial/étnico nas ações de saúde da mulher, no âmbito do SUS;
- Estimular e fortalecer a interlocução das áreas de saúde da mulher das SES e SMS com os movimentos e entidades relacionados à saúde da população negra (BRASIL, 2004, p. 71-72).

Diante do exposto tomaremos a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) como balizadoras na identificação e análise dos saberes dos profissionais de saúde acerca das especificidades de cuidado e acompanhamento da saúde e

morbidades das mulheres. A saber, a PNSIPN apresenta os princípios, objetivos, estratégias e responsabilidades de gestão, voltados para a melhoria das condições de saúde no segmento da população negra em integração à PNAISM trouxe uma discussão e implementação de práticas de saúde direcionadas a Saúde da Mulher Negra.

No atual cenário em que estamos vivendo da pandemia pela Covid-19, algumas deficiências de tratamento foram evidenciadas além de ter ressaltado as sérias segregações raciais e de gênero. A professora Rafaella Florencio do Instituto Federal do Ceará (IFCE) e ativista do movimento negro, em entrevista concedida a revista online Brasil de Fato, reflete ser simbólico que a face da Covid-19 no Brasil tenha o rosto de uma mulher negra: uma empregada doméstica, a primeira brasileira a morrer no Brasil por conta da COVID-19. Seu nome é Cleonice Gonçalves, 63 anos, sendo a primeira vítima registrada no Brasil, pegou o vírus por meio de seus patrões, que haviam retornado da Europa há pouco tempo, foram infectados pelo vírus lá e, aqui chegando, obrigaram a funcionária a servi-los. Sem assistência adequada Cleonice vem a óbito, diferente de seus patrões. A ativista observa que a patroa foi a Europa e voltou com a Covid-19, não procedeu aos cuidados reservados a doença, contaminou a funcionária que morreu, mas ela sobreviveu. “Isso nos traz de imediato algumas reflexões que partem de uma perspectiva histórica, mas que são desafios da contemporaneidade, que é o lugar da mulher negra no mercado de trabalho” (BARBOSA, 2020.p. 1)

De acordo com o boletim epidemiológico da Secretaria de Vigilância e Saúde (2017) entre as categorias que tem maior predisposição para determinadas doenças, os negros terão índices mais elevados. Essa tendência mais elevada a doenças como hipertensão, diabetes, doenças cardíacas, asma e outras podem ser explicadas sob a perspectiva do comportamento alimentar e qualidade de vida, de acordo com Rafaella Florencio (BARBOSA, 2020). Se relacionando intrinsecamente a função que ocupam e sua cultura alimentar empobrecida, composta, basicamente, por carboidratos e com moderado consumo de proteínas. Consoante com a Organização Mundial de Saúde (OMS) os quadros de pressão alta, diabetes, doenças cardiovasculares e asma são tidos como grupos de risco para a Covid-19. Logo, indivíduos da população negra

brasileira compõem níveis mais elevados neste quadro de risco que indivíduos brancos, tendo em vista suas condições alimentares, de trabalho e condições de vida.

No contexto da pandemia por Covid-19, a violência contra as mulheres vem alcançando grande impacto nas esferas nacional e global, afetando a todos, no entanto afeta diferentes categorias de indivíduos de diferentes formas, destacando as desigualdades sociais e econômicas. Dados preliminares indicam que esta epidemia teve impactos sociais e econômicos devastadores sobre mulheres e meninas, e pode até mudar a pequena evolução da igualdade de gênero e dos direitos das mulheres alcançados até aqui (ONU MULHERES, 2020). Esses dados têm despertado atenção contínua dos pesquisadores. De uma perspectiva fragmentada, alguns estudos e referências da mídia podem indicar que o aumento da violência contra a mulher se deve a pandemia, que é diretamente causal, esvaziando todas as análises que envolvem a violência de gênero em perspectivas históricas e sociais.

A estratégia de contenção orientada pelas autoridades sanitárias é necessária e fundamental para a resposta ao Covid-19, sendo também considerada a causa do aumento dos índices de violência doméstica em muitos países. Na China, país de origem do vírus e primeiro centro da pandemia, registrou-se um número recorde de pedidos de divórcio, o que mostra que a situação de encarceramento familiar exacerbou os conflitos conjugais (GOULART, 2020). Conforme dados do Ligue 180, as medidas de quarentena recomendadas pelos governos estadual e municipal, que são uma forma de conter a disseminação da Covid-19, resultou em um aumento de aproximadamente 9% no número de ligações para canais que recebem denúncias de violência contra a mulher. De acordo com dados da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (ONDH) do Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos (MMFDH), entre 1º e 16 de março de 2020, uma média de 3.045 pessoas ligaram todos os dias e 829 denúncias foram registradas neste mês de 17 a 25, 3303 ligações e 978 reclamações recebidas (BRASIL, 2020).

Um dos principais aspectos levantados pelo dossiê "Situação dos Direitos Humanos das Mulheres Negras Brasileiras", publicado pelo Geledés e Criola, é o impacto do racismo na saúde das mulheres negras. Embora a Política Nacional de Saúde Integral para a População Negra (PNSIPN), proposta pela Comissão Nacional de Saúde (CNS), exista há dez anos, ainda carece de um mapa e mecanismo que utilize

o racismo como fator decisivo nos agravos à saúde. Em 2014, o Ministério da Saúde reconheceu essa afirmação, mas a política assistencial ainda é racista. José Marmo da Silva, dentista e coordenador da Rede Nacional de Religiosa Afro-Brasileiras e Saúde (Renafro), explica que o racismo impede o negro de entrar no Sistema Único de Saúde (SUS) e os profissionais de saúde geralmente não sabem disso, caracterizando uma atitude racista. O dossiê, também afirma que 62% das mulheres que morreram durante o parto eram negras. Entre todas as gestantes negras, apenas 55% realizaram sete consultas de pré-natal como preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), prestadas pela Rede Cegonha, por conta da política de atendimento a gestantes e bebês do SUS. Quando se trata de doenças como Hiv/Aids, hipertensão e diabetes, as mulheres negras são um grupo vulnerável.

O racismo é estrutural e também pode causar invisibilidade, isso pode ser notoriamente percebido pelas informações que constam ainda no dossiê supracitado. De acordo com o documento, somente em 2012, 56.000 pessoas foram assassinadas no Brasil, das quais 30.000 eram jovens de 15 a 29 anos e 77% delas eram negras. O documento ainda apontou que embora a maioria dos homicídios sejam cometidos com armas de fogo, menos de 8% dos casos são julgados. As autoras afirmam que:

por trás destes números há também a violência não letal, mas intensa e continuada, que afeta milhares de mulheres negras, em sua maioria mães dos e das jovens assassinados. Estas violências são vividas tanto nos intensos esforços que desenvolvem, geralmente em isolamento e solidão, para proteger e tentar preservar a vida de seus jovens, mas também após a morte destes, ao longo de suas ações para recuperar a dignidade dos jovens assassinados, para recuperar e enterrar seus corpos, para buscar reparação e justiça. (WERNEK; IRACI, 2016, p. 19)

3.4. Educação em Saúde e Educação Permanente em Saúde

A Constituição Federal de 1988 (art. 200, III), determina que: “ao SUS compete, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”, pensando a formação inicial e continuada dos profissionais de saúde, numa articulação entre os Ministérios da Educação (MEC) e Saúde (MS) com cooperação técnica na formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde (BRASIL, 2005). A partir dessa competência do SUS, cria-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi elaborada em 2002, mas só em 13 de fevereiro de 2004 foi publicada a sua criação através da Portaria nº 198/GM que a instituiu como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Em 2007 ela foi revisada e a última atualização foi publicada em 2017, revisando algumas diretrizes, a exemplo do incentivo para implementação dos processos de integração ensino, serviço e comunidade por meio do estabelecimento de contratos organizativos de ação pública em ensino e saúde. Esse dispositivo serve para estimular o planejamento, execução e avaliação dos processos formativos compartilhados entre instituições de ensino e os serviços de saúde, buscando-se a mudança dos processos formativos de acordo com as necessidades do SUS para impactar, num futuro próximo, nas práticas de saúde. Um outro aspecto revisto em 2017 foi a inclusão da Educação Interprofissional em Saúde como dispositivo para reorientação dos processos de formação dos profissionais de saúde, a partir da inclusão da interprofissionalidade (onde se insere o PET-Saúde) objetivando promover a inserção da interprofissionalidade nos currículos de formação da área da saúde, como também colocar o discente para atuar nos serviços de saúde de uma forma interprofissional com as equipes de saúde da família. Dessa forma, os discentes inseridos no PET (Programa de Educação pelo Trabalho) Saúde vivem um processo de educação permanente a partir do momento que eles vivenciam a prática dos serviços e instituições de atendimento à saúde antes mesmo de iniciado o período de estágio curricular, atendendo aos objetivos de facilitar o processo de integração ensino-serviço e institucionalizar as atividades pedagógicas dos profissionais do serviço. Fica evidente, então, a reafirmação de que a Política de Educação Permanente busca ampliar a capacidade resolutiva da atenção básica, mas principalmente fortalecer o SUS.

Quando discutimos a relação entre educação e saúde precisamos dar significado a alguns termos que por vezes são tidos como iguais. Educação *em* Saúde e Educação *na* Saúde por exemplo, a primeira se refere a um conjunto de práticas e atividades educativas direcionadas a uma comunidade ou indivíduos a fim de melhorar os cuidados com a própria saúde. Já a Educação na Saúde se apresenta como uma sistematização de conhecimentos relativos à formação e desenvolvimento para

atuação na saúde e é composta por diretrizes didáticas, práticas de ensino e orientações curriculares destinadas aos profissionais dessa área.

A Educação na Saúde tem duas modalidades: a Educação Continuada em Saúde e a Educação Permanente em Saúde. A Educação Continuada objetiva dar continuidade a formação iniciada nas graduações, a exemplo dos cursos de pós-graduação, cursos etc.; essa modalidade está inserida em um contexto mais formal e curricular. Já a Educação Permanente em Saúde de acordo com o Ministério da Saúde se configura como a aprendizagem que ocorre no cotidiano do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações, nas instituições de saúde e se baseia, principalmente, nas aprendizagens significativas, como possibilidade de transformar as práticas para o melhoramento do SUS. E como prática de ensino aprendizagem significa produzir conhecimento, os trabalhadores produzem conhecimento a partir do momento que eles começam a questionar as suas práticas, discutem, se reúnem para trabalhar em equipe, para aprender a aprender e constituir seu próprio conhecimento.

Esse conhecimento, esses novos saberes agregados a outros serão levados para o serviço de saúde. A educação permanente se apoia, então, no ensino problematizador, rompendo com a educação profissional mecanicista. Os profissionais colocam os problemas do cotidiano do trabalho da saúde no centro das discussões, analisando suas ações de forma crítica e dispostos a aprender uns com os outros, com as dúvidas dos outros, com as experiências dos outros. São as experiências e os saberes trazidos na bagagem de cada um, permeadas por questionamentos e dúvidas partilhadas, discussões coletivamente travadas no grupo que farão brotar a aprendizagem significativa desencadeando novas e colaborativas práticas.

A Educação Permanente em Saúde se parece muito com a educação problematizadora de Paulo Freire, mas existe uma diferença básica entre as duas, está se direciona a pessoas, para promover a autonomia dos indivíduos, já aquela é direcionada para o trabalho. Quando discutimos nossas práticas e experiências de trabalho com outras pessoas, com colegas de serviço, o que aprendemos significativamente retorna ao nosso local de trabalho, amplia nossa prática e convoca os sujeitos do quadrilátero da formação (o ensino, o serviço, a gestão e o controle

social) para terem um diálogo permanente em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A educação está tão diretamente ligada a saúde que praticamente todas as políticas de cuidado, reparação e equidade do SUS apresentam em seus objetivos, metas ou estratégias ações voltadas a educação, seja na formação continuada ou permanente dos profissionais da saúde seja na educação popular em saúde para os usuários do sistema.

Com relação à saúde da população negra a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra alerta para a necessidade de elaboração de materiais de informação, comunicação e educação sobre o tema Saúde da População Negra, com respeito aos diversos saberes e valores, inclusive os preservados pelas religiões de matrizes africanas. Ao mesmo tempo que dedica ações destinadas aos usuários também propõe a necessária discussão nos espaços de formação do profissional de saúde a discussão sobre racismo institucional, como se apresenta na diretriz I e objetivo específico III logo abaixo:

I - Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da Saúde e no exercício do controle social na Saúde; (BRASIL, 2013, p. 18)

III - Incluir o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social; (BRASIL, 2013, p. 27).

Agora a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher prevê um programa para a saúde da mulher que inclua além das ações preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, ações educativas que instrua sobre a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, IST's, câncer de colo uterino e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres de cada recanto do Brasil. Essas ações educativas consistem em "elaborar e/ou revisar, imprimir e distribuir material técnico e educativo" (BRASIL, 2004, p. 70).

As práticas de educação em saúde envolvem três vertentes de participantes prioritários: profissionais de saúde que valorizam as práticas de prevenção, promoção e tratamento; gestores que apoiam esses profissionais e; pessoas que

necessitam de conhecimentos individuais e coletivos e aumentam a autonomia do cuidado. Embora a definição do Ministério da Saúde apresente elementos que pressupõem essa interação entre as três partes da estratégia de desenvolvimento do processo, ainda há um longo caminho a percorrer entre a teoria e a prática. Como processo político de ensino, a educação em saúde requer o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, permitindo o desvelamento da realidade e propondo ações transformadoras, de forma a possibilitar que os indivíduos se tornem a autonomia e a libertação de sujeitos históricos e sociais, e possam emitir e propor opiniões na tomada de decisões em saúde. Outras formas de educação em saúde se caracterizam por fornecer comportamentos verticais informativos para mudar hábitos de vida e responsabilizar os indivíduos por sua saúde. Um trabalho realizado por Alves e Aerts (2016) as autoras afirmam que:

com o apogeu do paradigma cartesiano e da medicina científica, as responsabilidades referentes às ações de educação em saúde foram divididas entre os trabalhadores da saúde e os da educação. Aos primeiros, cabia desenvolver os conhecimentos científicos capazes de intervir sobre a doença, diagnosticando-a e tratando-a o mais rapidamente possível. Ao educador, cabia desenvolver ações educativas capazes de transformar comportamentos. Essa lógica, além de fragmentar o conhecimento, não levava em consideração os problemas cotidianos vivenciados pela população. (ALVES; AERTS, 2016, p. 320)

Os termos *educação e saúde*, ainda hoje utilizados como sinônimos de *educação em saúde*, podem ser derivados dessa lógica, indicando que os dois campos são paralelos e seus instrumentos de trabalho visivelmente separados: a educação envolve a transformação dos métodos de ensino e de saúde; a saúde que pode interferir nas enfermidades por meio do conhecimento científico. *Educação para a saúde* é outro termo comumente usado nos serviços médicos atuais. Aqui, assume-se um entendimento vertical sobre o método e a prática em educação, nomeadamente a *educação bancária* de que fala Paulo Freire. Por esse ângulo, parece que os profissionais de saúde deveriam ensinar, a uma população ignorante, quais medidas deveriam ser tomadas para mudar seu estilo de vida, para melhorar a saúde pessoal e coletiva. Embora a participação comunitária se apresente em falas de muitos gestores, profissionais de saúde e educadores e preconizada dentro dos princípios e diretrizes do SUS, muitas práticas de educação nos serviços de saúde têm sido

realizadas sob essa visão. Movimentos sociais, como o Movimento de Educação Popular em Saúde, formado nos últimos 40 anos e tendo como personagem principal o educador Paulo Freire, se formou a partir da reflexão, produção de conhecimento e ativismo em múltiplas organizações criadas nesse mesmo período, como a Rede de Educação Popular e Saúde, Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde, a Rede de Estudos sobre Espiritualidade no Trabalho em Saúde e na Educação Popular e a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde, influenciando a área da prática da educação em saúde, absorvendo a participação e o senso comum a esse campo, lançando um processo de educação mais democrático.

A educação popular se encontra inserida nas teorias sociais por acreditar que a educação pode promover a transformação social e ter um papel fundamental na reconstrução social. Tais teorias advêm da rotina diária dos indivíduos e levam em consideração sua cultura. Entre essas teorias a educação popular é um dos métodos de pedagogia da conscientização, que tem como principal pensador Paulo Freire. Ele aponta que essa metodologia reconhece que os estudantes são os construtores de seus próprios conhecimentos e essas construções devem partir, em absoluto, de suas vidas e suas vivências. No entanto, um dos problemas que as equipes de saúde encontram ao trabalhar com indivíduos das classes populares é a dificuldade de compreensão da linguagem e a visão de mundo dessas comunidades. Esse fenômeno ocorre porque os profissionais de saúde entendem mal a maneira como as pessoas das classes mais baixas concebem e entendem o mundo a sua volta. Normalmente, as equipes de saúde não concebem que pessoas de zonas periféricas possam produzir conhecimento e, muito menos, que esse conhecimento está intimamente relacionado às suas raízes culturais. Em outra mão, as comunidades igualmente não conseguem entender a lógica das equipes de saúde, o que cria uma enorme lacuna entre os pensamentos e sentimentos dos usuários e trabalhadores da saúde.

Por esse ângulo, torna-se imprescindível o papel do agente comunitário na equipe de Saúde da Família. Por fazer parte daquela comunidade, ele reconhece os problemas, necessidades de saúde e cultura dos moradores locais, e as dificuldades que enfrentam. Portanto, se o direcionamento for evidente, ele promoverá o relacionamento da equipe com a comunidade, tornando-se uma ponte entre as duas perspectivas. A educação popular em saúde visa promover o entendimento entre os

sujeitos, na educação humanizadora e na cooperação com todos os aspectos dos indivíduos. Busca lembrar que corpo, palavras, consciência, hábitos e trabalho são o cerne norteador elementar, pois são a intersecção entre educação e saúde e devem balizar qualquer formação nessas áreas do conhecimento.

O valor das proposições de educação popular é que rompem com as convenções autocráticas e padronizadoras da educação em saúde e passam a adotar o diálogo, o pensamento crítico sobre o cotidiano e a valorização do saber popular. Tentam agir na perspectiva da construção da saúde integral e da expansão da atenção à saúde, que inclui não apenas aspectos específicos do conhecimento, profissões e instituições, mas especialmente conexões com a sociedade civil. Portanto, suas propostas fortalecem e ajustam o direcionamento da prática, do conhecimento e da luta diária. Para que as equipes de saúde utilizem a educação popular para estimular a emancipação da população e a autonomia sobre suas vidas e saúde, é necessário utilizá-la como um guia de formação de profissionais de saúde.

3.4.1. Instagram:

Tendo a ampliação da formação continuada dos profissionais que atendem nas Unidades Básicas de Saúde de Jequié e as usuárias dos serviços atendidas por esses profissionais, criamos uma conta na rede social Instagram. Nossa intenção foi de difundir informações científicas sobre a saúde da mulher e da população negra numa linguagem acessível, apresentando ações de cuidado em saúde via serviços especializados e profissionais da área, como também ações de autocuidado (físico e mental) para a população negra em geral, mais especialmente para mulheres negras. A proposta, então, foi veicular conteúdos através de postagens com apelo gráfico (imagens, infográficos, vídeos) e interativo, que possibilitasse a troca de informações e o debate.

Partindo desse princípio, no mês de dezembro de 2020, criamos uma conta na rede social Instagram com o objetivo de veicular informações científicas sobre a saúde da mulher e da população negra, aspectos da história: da saúde, da população negra e de África, cuidados e procedimentos para a manutenção da saúde da mulher negra e de sua família, além de temas atuais, a exemplo da pandemia de Covid-19.

Domínio:

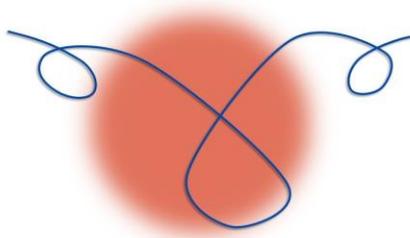
<https://www.instagram.com/mulher.negraesaude/>

Gmail: mulher.negraesaude@gmail.com

ID: mulher.negraesaude



Identidade Visual:



Descrição:

Tomamos como objetivo apresentar/dar ciência à população de modo geral e também aos profissionais da saúde sobre a PNSIPN, além de balizar saberes e divulgar novas práticas de saúde para a população negra e da mulher negra em especial, levando em consideração, ainda e neste momento, a pandemia de Covid-19 e a biossegurança.

3.5. Discurso do Sujeito Coletivo - DSC

Em nosso estudo analisaremos os discursos dos profissionais da saúde que atuam na Unidade Básica de Saúde Júlia Magalhães com o propósito de conhecer os saberes destes acerca da saúde da mulher negra, para tanto nossa investigação se ancora teórico-metodologicamente no método do Discurso do Sujeito Coletivo

(LEFEVRE & LEFEVRE, 2012). O software DSCsoft será utilizado para a tabulação dos dados a serem analisados nessa pesquisa.

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é um método de pesquisa quali-quantitativo criado por Fernando Lefevre e Ana Maria Cavalcanti Lefevre, no final dos anos de 1990, fundamentado na teoria das Representações Sociais (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2010). Trata-se, então, de um instrumento de tabulação de discursos para detectar representações sociais, ou seja, o que as pessoas pensam sobre determinado tema.

A abordagem teórica do Discurso do Sujeito Coletivo

representa uma mudança nas pesquisas qualitativas porque permite que se conheça os pensamentos, representações, crenças e valores de uma coletividade sobre um determinado tema utilizando-se de métodos científicos. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes; com um nível de realidade que não pode ser totalmente quantificado (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013, p. 129).

O pesquisador busca com esse método evidenciar e analisar a auto expressão do pensamento ou opinião coletiva dos sujeitos da pesquisa sobre um determinado tema ou questão, que podem ser descritos numa narrativa qualitativa ou quali-quantitativa dos dados. O Discurso do Sujeito Coletivo é uma proposta de reconstituição de um ser empírico coletivo, opinante na forma de um sujeito de discurso emitido na primeira pessoa do singular (NICOLAU; ESCALDA; FURLAN, 2015, p. 131).

Para realizar pesquisas qualitativas os pesquisadores precisam apontar abertamente que os indivíduos e grupos são sociologicamente orientados por uma ideologia dominante, que se baseia no Estado, na escola, na religião e no trabalho, ideologia essa que é orientada por sua classe social. As pessoas copiam o que aprenderam nesses ambientes e creem ser muito importante para elas, compartilham e inserindo em seu meio social, de forma a estabelecer o chamado senso comum. A relação dialética entre qualidade e quantidade, no campo da Saúde, torna-se elementar, pois permite a relação de pontos pertinentes à produção de saúde que não podem ser excluídos, como questões coletivas e únicas, estruturas macro e micropolíticas, entre outras, que podem parecer diversas, mas estão intimamente ligadas. O DSC aceita que a relação dialética na pesquisa em Saúde seja observada

quando correlaciona-se os dados no âmbito das demandas coletivas da organização, com a singularidade expressa no depoimento de cada sujeito.

Pesquisas em nível nacional exibem diferentes delineamentos baseados no DSC, enfatizando a compreensão de crenças, valores, motivações ou princípios gerais baseados em representantes de grupos, populações ou comunidades específicas. Amparado na promoção da saúde, foram criados DSC que deram nova finalidade a ampliação da pesquisa em Saúde com perspectiva de fortalecimento da publicização de informações e conhecimentos. Pesquisas que não visaram a qualificação de fatores pelos próprios entrevistados, inexoravelmente, adotam a proposição de valorizar as observações, interpretações e opiniões acerca de temáticas mais perceptíveis ou estabelecidas, para uma avaliação mais aprofundada dos aspectos de desenvolvimento de planos e ações em saúde, por exemplo. Porém, acredita-se que uma configuração alheia ou minimizada precisa ser incluída na pesquisa proposta: as relações macro e micropolíticas das organizações de serviços de saúde, mais que do que apenas a descrição do processo de trabalho instalado, podendo ser interpretado em um maior explicação da conjuntura em que as práticas diárias de saúde surgem, no qual (re)produz e pode ser alterada.

As recomendações de produção do DSC visam fornecer explicações para as dificuldades enfrentadas, eventualmente, por pesquisadores ao realizar pesquisas de opinião ou representatividade social, por meio de um conjunto de ferramentas de pesquisa integradas que estão organicamente ligadas às dimensões qualitativas e quantitativas, características a qualquer aspecto social, abordado como um sistema de convicções partilhados por indivíduos em certos contextos socioeconômicos e culturais. Como explicitado anteriormente, no campo da saúde a relação dialética entre singularidade e coletivo permite uma percepção global das diversas razões incorporadas no processo saúde-doença. O DSC possibilita quantificar depoimentos semelhantes, sem prejudicar a qualidade do discurso inerente à pesquisa sobre um grande número de sujeitos com opiniões diferentes. No que diz respeito aos pequenos grupos, eles devem ser fundamentados por meio de restrições da conjuntura específica em que se encontram e sendo todos signatários desta.

No campo da pesquisa social, em alguns momentos, análise é acometido pela prolixidade, que se constitui num obstáculo a produção de DSC que tem base

epistemológica na transformação das relações e das práticas de saúde. Nesse sentido, é necessário determinar o ponto central do problema delineado pelo discurso do sujeito que é coletivo, mas expressa suas visões no singular (mas não individualmente).

Percebendo a importância do DSC para esta pesquisa aliamos o software DSCsoft que transforma tarefas mecânicas da pesquisa mais ágeis e principalmente organiza o trabalho de análise qualitativa realizado pelos pesquisadores. Como o conteúdo dos materiais pesquisados pode ser facilmente convertido e organizado, a maior limitação do uso do software parece ser justamente suas características externas: a lucidez do pesquisador quanto aos atributos que irá descrever como pertinentes e ao que será definido como expressão-chave, ideias centrais e pontos de ancoragem, que pode prejudicar seriamente a produção do DSC. Geralmente pouco explicitada, a produção de DSC com a ajuda do *software* DSCsoft sugere uma reformulação de atitudes epistemológicas e a correção de conceitos mal interpretados das figuras de análise (expressões-chave, ideias centrais e pontos de ancoragem) através da organização e transposição de dados para aproximações efetivas e sucessivas. Para a produção de DSC com uma base epistemológica mais transparente, a distinção entre as diferentes técnicas de pesquisa disponíveis é essencial, o que torna a pesquisa qualitativa e quali quantitativa transformadora não é apenas a função descritiva dos fenômenos sociais.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1. Tipo da Pesquisa

No contexto contemporâneo muito tem se questionado o discurso científico instituído pela modernidade ocidental europeia, tendo em vista que este mesmo discurso considerava científico o conhecimento produzido a partir de bases estabelecidas pelo método positivista, apoiado na experimentação, mensuração e controle rigoroso dos dados, tanto nas ciências naturais como nas ciências humanas (PÁDUA, 2005). Conhecer tornou-se sinônimo de dividir, classificar o que foi separado para depois traçar relações sistemáticas entre os vários elementos identificados, no sentido de buscar princípios de verdades transcendentais, atemporais e universalistas.

Contudo, as concepções contemporâneas sobre o processo do conhecimento compreendem o real como um fenômeno histórico, cultural, dinâmico, cuja complexidade não deve ser rompida nem simplificada. Nesse sentido, nossa postura epistemológica se aproxima da “pesquisa qualitativa descritiva”, uma vez que esta tem se preocupado com o significado dos fenômenos e processos sociais, levando em consideração as motivações, crenças, valores, representações sociais, que permeiam a rede de relações sociais. Nossa investigação se propõe, como a pesquisa descritiva, a “caracterizar, descrever a realidade [...], tal qual um fotógrafo, o pesquisador fotografa aquilo que lhe aparece aos olhos” (SANTANA, 2010, p. 88). Buscamos, também, de forma explicativa “entender os motivos porque determinado fato acontece levantando as suas causas” (SANTANA, 2010, p. 89).

Ademais, conforme salienta Ferreira (2004, p. 27), um estudo qualitativo:

[...] é visto como uma situação na qual ocorrem processos de produção de sentido, em que o pesquisador e participantes estão envolvidos e não, simplesmente, como uma situação na qual processos externos ao observador estejam sendo representados de uma forma verídica. Assim, em vez de se buscar validade e fidedignidade, deve-se enfatizar a especificidade da situação de pesquisa, isto é, a descrição detalhada e rigorosa do contexto de sua realização, do caminho percorrido pelo pesquisador e de como procedeu em sua interpretação, permitindo uma visão caleidoscópica do fenômeno estudado.

A pesquisa qualitativa pode assumir diferentes formas quanto aos objetivos do estudo e procedimentos técnicos a serem adotados para a coleta e análise dos dados, com relação aos procedimentos nossa investigação se apresenta como pesquisa quali-quantitativa em saúde.

O campo da saúde vem apresentando cada vez mais interesse e produção de pesquisas qualitativas. Como resultado tem aumentado a procura por programas de pesquisa institucional bem como a busca por congressos acadêmicos e periódicos científicos para possibilitar projetos e difundir os resultados dos seus trabalhos. Na última década, pesquisas qualitativas foram amplamente aceitas por periódicos médicas. No entanto, no passado, os manuscritos desses pesquisadores eram considerados não-científicos sendo rejeitados. Eles parecem ser compostos de histórias curiosas sobre eventos de vida contados por pessoas sem atenção sistemática, isto é, como se essas histórias fossem anedóticas por natureza.

Felizmente, muitos periódicos científicos agora difundem pesquisas qualitativas regularmente. Podemos citar como exemplo a respeitada Revista de Saúde Pública, que tem até um roteiro de avaliação de artigos qualitativos para seus consultores. Hoje em dia, é fácil encontrar profissionais de saúde que não só valorizam os métodos qualitativos na medicina, mas que também reconhecem sua contribuição para assimilar melhor a vida dos pacientes. Da mesma forma, mais e mais pesquisadoras e pesquisadores médicos estão usando esse método. Isso não quer dizer, necessariamente, que eles tenham um bom entendimento acerca do uso de métodos qualitativos, porque alguns pesquisadores usam muitas vezes, conclusões do senso comum para apresentar relatórios qualitativos.

Diante desses desafios, torna-se necessário um artigo tutorial para discutir métodos de investigação qualitativa para fornecer aos leitores as definições mais importantes. Além disso, essas definições precisam ser comparadas com os conceitos estabelecidos de pesquisas padronizadas - como as epidemiológicas - e com outros mecanismos de investigação científica que são construídos, utilizando medições e ferramentas matemáticas. Finalmente, os acadêmicos podem distinguir melhor os tópicos e estruturas atualmente mais buscados nessas áreas metodológicas.

O uso de entrevistas em pesquisas qualitativas é um tema frequente e ainda controverso nas discussões acadêmicas, pois é um procedimento de coleta de

informações e, muitas vezes, não é utilizado com o rigor desejado. Aos pesquisadores que utilizam entrevistas em suas investigações cabe expor as regras e pressupostos teórico/metodológicos que guiam seu trabalho, a fim de ampliar o debate sobre a definição necessária dos padrões para avaliar a confiabilidade da pesquisa científica que utiliza esse recurso. Este é um tema recorrente nas discussões acadêmicas sobre metodologia de pesquisa, mas ainda existem algumas controvérsias. Ainda há algumas crenças entre nós de que as entrevistas - especialmente abertas ou semiestruturadas - são um procedimento de coleta de informações falho e excessivamente subjetivo, pelo qual os pesquisadores com um menor arcabouço teórico optam, fazendo uso menos rígidos quanto seria desejável.

Provavelmente o uso feito de entrevistas em pesquisas pode ter contribuído para a disseminação dessa crença em algum momento. Porém, também é possível que a desconfiança da ferramenta, privilégio da coleta de dados em pesquisas qualitativas, se deva à falta, consideravelmente comum, de relatos detalhados sobre o procedimento em nossos relatórios, teses e dissertações, de descrever em detalhes os procedimentos empregados tanto no uso quanto na análise dos materiais coletados. Acredito que a interpretação das regras e pressupostos teóricos/metodológicos que balizam (ou ao menos, deveriam balizar) o trabalho das entrevistas pode amparar parte da discussão que envolve os critérios de precisão e confiabilidade utilizados na avaliação de pesquisas científicas que utilizam este recurso de forma frequente.

As entrevistas são essenciais quando se necessita estruturar as práticas, crenças, valores e sistemas de classificação de campos sociais específicos, mais ou menos bem definidos, onde a interpretação de conflitos e contradições não estão evidentes. Nesse caso, se bem-feitas, elas permitirão aos pesquisadores conduzir discussões aprofundadas, reunindo evidências de como esses indivíduos percebem e representam sua realidade, além de fornecerem informações consistentes para que possam descrever e compreender a lógica que governa as relações que são estabelecidas dentro daquele grupo, que geralmente é difícil de ser obtida por meio de outras ferramentas de coleta de dados. Conduzir entrevistas, especialmente se a entrevista for semiestruturada, aberta, de história de vida, etc. não é um trabalho corriqueiro; fornece cenários de contato que, ao mesmo tempo podem ser formais e informais, de modo que "estimule" um discurso mais ou menos amplo, que atinja os

objetivos da pesquisa, que tenha importância no âmbito pesquisado e academicamente proeminente é bem mais complicado do que pode parecer num primeiro momento.

A realização de uma boa entrevista requer: a) que os objetivos da pesquisa estejam bem delimitados pelo pesquisador (e internalizados – estar bem delimitado apenas "no papel" não é suficiente); b) que ele compreenda, com certa intimidade, o contexto em que é pretendida a realização da investigação (a experiência pessoal, diálogo com pessoas que participam daquele meio — egos focais/informantes privilegiados — ler pesquisas anteriores e conduzir uma cuidadosa revisão bibliográfica são os requisitos básicos para que os pesquisadores entrem no campo); c) internalização do roteiro da entrevista, por parte do entrevistador (realizar entrevistas "inválidas" com o roteiro é muito importante para impedir que ocorra qualquer confusão durante a condução das entrevistas válidas); d) convicção e assertividade; e) um certo grau de informalidade, desde que não se esqueça os objetivos que levaram a encontrar aquele indivíduo em particular como origem de seu material empírico de pesquisa.

A utilização de questionários como técnica de coleta de dados, frequentemente empregada em investigações que tratam de levantamentos que envolvem grande quantidade de dados e seu uso em pesquisas de caráter qualitativo. Pretende-se enfatizar o modo como se constroem as perguntas para um questionário, se atendo ao teor, quantidade e ordem dessas questões, entendendo que é por meio das perguntas que poderão ser alcançadas as respostas que garantirão a evolução do trabalho. Esta pesquisa bebe de fontes como: Gil, Richardson, Marcone, Malhotra, Matallo e Ribeiro, que são as principais referências no que tange a essa técnica de pesquisa.

A Internet e a tecnologia digital estão cada vez mais aparecendo na vida humana, seja nas atividades familiares, no lazer, no trabalho e, principalmente, na vida acadêmica. Em relação ao uso da tecnologia na educação escolar, alguns professores ainda resistem. No entanto, deve-se aceitar que a tecnologia pode ser utilizada como suporte para o ensino e a prática acadêmica. Por meio de novos recursos técnicos, as atividades podem ser realizadas das mais diversas formas, facilitando, flexibilizando, aprimorando e dinamizando os processos de ensino e

aprendizagem. O *Google Drive* está totalmente integrado ao *Gmail* e hospeda o *Google Docs* e uma série de outros aplicativos gratuitos. Isso inclui o *Google Forms*, um aplicativo que pode criar formulários usando planilhas no *Google Drive*. Esse formulário pode ser um questionário preparado pelo usuário ou pode ser usado um formulário pré-existente. Este é um serviço gratuito, em que só é necessário possuir uma conta no *Gmail*. Assim, os formulários são armazenados no Servidor do *Google* e pode ser acessado de qualquer lugar sem ocupar espaço no computador.

Esses arquivos podem ser manipulados de forma colaborativa, quando o autor convida outros para contribuição, entretanto os convidados não têm autonomia para excluir os arquivos compartilhados, podendo apenas editá-los. Os formulários do *Google Forms* podem ser usados para a prática acadêmica como também para a prática de ensino. Podemos apontar algumas características do *Google Forms*: a possibilidade de ser acessível em qualquer hora e lugar; a agilidade na coleta de dados e análise dos resultados, pois uma vez respondida, a resposta aparecerá imediatamente; facilidade no uso e vários outros benefícios. Em suma, o *Google Forms* é muito útil em diversas atividades acadêmicas, neste caso, principalmente para a coleta e análise de dados estatísticos, auxiliando no processo de pesquisa. O maior benefício de usar o *Google Forms* em investigações, quer seja acadêmica ou de opinião, é a forma prática como se dá a coleta de dados. O pesquisador pode enviá-lo ao respondente por e-mail ou *link* para que todos possam responder em qualquer lugar. Os resultados da pesquisa no *Google Forms* podem ser também elencados como benefício, pois são organizados na forma de gráficos e planilhas, que fornecem resultados quantitativos de forma mais estruturada e exequível. Vale a pena ressaltar que o fato de o formato do formulário ser online, possivelmente, substituirá o formato antigo de formulários impressos.

4.2. Sujeitos da Pesquisa

Constituem participantes desta pesquisa os profissionais da saúde, homens e mulheres, que atendem as mulheres usuárias dos serviços de saúde oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Jequié/BA, não tendo relevância o tempo de serviços prestados nas referidas Unidades, como também a especialidade e a função desempenhada, desde que tenham contato e façam atendimento direto às usuárias do

serviço de saúde. Além dos profissionais também pesquisamos as mulheres usuárias dessas mesmas Unidade Básicas de Saúde, tomamos como escolha o fato de se declararem negras e fazerem usos dos serviços de saúde prestados nas unidades. Devido a pandemia de Covid-19 colhemos também dados referentes a contaminação pelo novo coronavírus tanto dos profissionais e como das usuárias sujeitos dessa investigação.

4.3. Campo da Pesquisa

A pesquisa será realizada em Unidades Básicas de Saúde localizadas na cidade de Jequié. A cidade de Jequié está situada na região Sudoeste do Estado da Bahia, distante 365 km de Salvador, na zona limítrofe entre a caatinga e a zona da mata, com uma população estimada de 155.800 habitantes (IBGE, 2018), sendo a décima cidade mais populosa da Bahia. A Unidade Básica de Saúde Júlia Magalhães oferece os seguintes serviços em saúde: Pré-natal/Parto e Nascimento, Radiografia, Radiografia com Contraste, Angiografia, Mamografia, Tomografia Computadorizada, Densitometria Óssea, Ressonância Magnética, Ultrassonografia, Medicina Nuclear, Pré-natal/Parto e Nascimento, Agentes Comunitários de Saúde, Tratamento da Tuberculose (<https://cebes.com.br/ubs-julia-magalhaes-2400715/>).

Jequié é um município brasileiro do estado da Bahia. Está localizada a 365 Km de Salvador, no sudoeste da Bahia, na divisa entre a caatinga e a zona da mata. Em 2019, a população da cidade foi estimada em 156.126 habitantes. A palavra Jequié deriva do Tupi de *jepi*: cesta em forma de cone usada como armadilha para peixes, com variantes como *cacuri*, *jequiá*, *jiqui*, *jiquiá*, *juquiá*, *jequié*, etc.

No final do século XIX, a cidade se desenvolveu a partir de uma intensa feira, que atraía comerciantes de todos os cantos da região. De 1860 a 1897, a cidade pertencia ao município de Maracás, abastecendo as regiões Sudeste e Sudoeste da Bahia e da bacia do Rio de Contas. Com o aumento de sua importância como centro comercial, a cidade cresceu linearmente às margens daquele rio, que na época era mais vultoso e estreito, cercado por ampla mata.

Na cidade localiza-se o Hospital Geral Prado Valadares, pertencente a rede do SUS sendo o hospital regional de referência a algo em torno de 30 municípios. Fundado em março de 1947 e com 155 leitos, é um campo de prática para alunos da

área da saúde da Escola de Tecnologia e Ciências, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e da Escola Técnica de Enfermagem. Contando com ambulatórios de neurologia, urologia, ortopedia, ginecologia, psiquiatria e pediatria, possuindo ambulatórios que viabilizam internamentos em pediatria, obstetrícia, clínica médica, psiquiatria e cirurgia geral, tem um volume ambulatorial mensal de aproximadamente 11.500 pacientes. Sendo o único hospital da cidade que atende grandes emergências na região.

4.4. Técnicas de Coleta de Dados

Em decorrência da pandemia do novo coronavírus, que obrigou a população do planeta ao isolamento social para barrar a disseminação da Covid-19, nosso cronograma de pesquisa foi atingido de tal forma que toda a parte do trabalho de campo ficou comprometida. Essa nova situação nos fez buscar formas de dar encaminhamento a pesquisa respeitando o isolamento social e as limitações decorrentes dele. Assim, substituímos as entrevistas presenciais por questionários respondidos virtualmente e descartamos as observações. Para os questionários optamos por aplicarmos via plataforma *Google Forms*.

Antes da pandemia o questionário seria aplicado em um dia de trabalho de campo na Unidades Básicas de Saúde e a análise das respostas daria elementos para a escolha dos temas a serem expostos e discutidos em uma oficina. As oficinas seriam realizadas nas dependências das Unidades Básicas de Saúde com atividades em que abordássemos temas da pesquisa, a saber: saúde da mulher negra, política de saúde da população negra e racismo institucional.

4.5. Redes sociais e informação: racismo, mulher negra e Covid-19

O questionário que teria também a função de subsidiar uma ação de educação permanente destinada aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde sofre alterações na concepção e objetivos. A intervenção, então, que se daria por meio de oficina com estratégias para a socialização e ampliação de saberes sobre as políticas e as ações voltadas para a promoção da saúde da mulher negra, deu lugar a uma ação virtual voltada muito mais às usuárias dos serviços de saúde do que os profissionais da área, mas ainda abordando os temas da pesquisa: saúde da mulher negra, política

de saúde da população negra e racismo institucional, se ocupando, também, de informações sobre a Covid-19.

Como a pandemia de Covid-19 nos obrigou a repensar a realização e viabilidade de uma atividade de intervenção direta, voltamos nosso olhar para a virtualidade das ações que o isolamento social nos impôs e criamos uma conta no Instagram destinada a disseminar conteúdos e informações sobre os temas que antes seriam objeto das oficinas. Tomamos como objetivo apresentar/dar ciência à população de modo geral e também aos profissionais da saúde sobre a PNSIPN, além de balizar saberes e divulgar novas práticas de saúde para a população negra e da mulher negra em especial, levando em consideração ainda a pandemia de Covid-19 e a segurança sanitária.

Se antes da pandemia as redes sociais digitais já se configuravam como um poderoso instrumento de conhecimentos das mais variadas ordens e valores, com o isolamento social imposto pela disseminação da Covid-19 seu uso se tornou imperioso para os contatos pessoais e laborais, além de se tornarem os principais instrumentos de busca de informação para a maioria esmagadora da população mundial.

O uso das redes sociais como ferramenta pedagógica não é novidade na área da educação formal e não formal, principalmente quando a educação está em consonância com outras áreas do conhecimento, a exemplo da saúde. Vários são os estudos que mostram como as redes sociais digitais podem contribuir para a informação e formação educativa de cidadãos, possibilitando o desenvolvimento de habilidades no campo da interatividade tanto com as próprias ferramentas como também com a vida - comunitária, pessoal, profissional e educacional (COLL & MONEREO, 2010).

No entanto, nestes tempos de *Fake News*, temos ciência que nem sempre as informações veiculadas nas mais variadas redes sociais originam-se de fontes confiáveis, sendo oportuna a criação de uma página no Instagram que apresente informações honestas e com embasamento científico. O Instagram é uma rede social de compartilhamento de fotos criado em 2010 por Kevin Systrom e Mike Krieger. O nome Instagram é a “junção do prefixo *Insta*, proveniente de instantâneo; acrescido

de *gram*, derivado de telegrama, forma mais rápida de se enviar informações antes do advento dos recursos tecnológicos.” (OLIVEIRA, 2020, p. 11).

Segundo com Pellanda e Streck (2017) esse aplicativo foi criado para ser usado em Smartphones, produzindo imagens fotografadas ou pesquisadas que seriam “instantaneamente” postadas com o intuito de promover interação entre os usuários e seus seguidores. O Instagram une um meio estático a um meio digital para transportar a informação, mas ainda é considerado como uma distração para a grande maioria das pessoas. Entretanto, com ajustes em seu formato e com objetivos pedagógicos bem definidos, transforma-se numa encantadora e divertida ferramenta educacional para as mais variadas áreas e públicos. Um de seus atrativos, além da imagem, é ser de simples manuseio; possui uma *timeline* de fotos e vídeos que as pessoas curtem ou comentam. Vários são os sites que ensinam a usar a plataforma e oferecem possibilidades de uso pedagógico.

Partindo desse princípio, no mês de dezembro de 2020, criamos uma conta na rede social Instagram com o objetivo de veicular informações científicas sobre a saúde da mulher e da população negra, aspectos da história: da saúde, da população negra e de África, cuidados e procedimentos para a manutenção da saúde da mulher negra e de sua família, além de temas atuais, como a pandemia de Covid-19. Esta ação está ancorada no referencial da Educação Permanente em Saúde e em Educação e Saúde. A proposta é a veiculação do conteúdo através de postagens com apelo gráfico (imagens, infográficos, vídeos) e interativo, que possibilite a troca de informações e fomenta, sempre que possível, o debate, principalmente através de enquetes

4.6. Técnica de Análise dos Dados

Após a aplicação dos questionários e realização das entrevistas procedemos a análise e tratamento do material empírico produzido no decorrer da pesquisa. Essa etapa diz respeito, como salienta Minayo (2009, p. 26-27),

ao conjunto de procedimentos para valorizar, compreender, interpretar os dados empíricos, articulá-los com a teoria que fundamentou o projeto ou com outras leituras teóricas e interpretativas [aprofundamento da revisão da literatura sobre a temática, conceitos e categorias que fazem parte do trabalho e que serão indispensáveis para a compreensão do objeto em estudo] cuja necessidade foi dada pelo trabalho de campo”.

Como nossa intenção seria promover uma ação de intervenção que preencha as lacunas encontradas a partir da análise dos questionários aplicados ao corpo profissional das Unidades Básicas de Saúde; seria realizada uma oficina tendo como proposta a execução da educação permanente em saúde para o trabalho do profissional de saúde, mas com uma ação voltada para as usuárias. Essa intervenção na propositura original, antes da pandemia de Covid-19 seria realizada para colher dados para essa pesquisa mostrando os cenários de conhecimentos e saberes, antes e depois da oficina. Entretanto, devido a essa dificuldade ela será realizada após a criação da vacina e imunização da população, como um compromisso da pesquisadora. Nesse momento limitaremos nossa intervenção a criação e manutenção da página (conta) do Instagram que irá oferecer informações para a comunidade em geral, mas não diretamente aos profissionais da saúde, se convertendo em ação de Educação em Saúde, com momentos/ações caracterizadas como Educação Permanente em Saúde.

De acordo com Ceccim e Ferla (2009, p. 1) a educação permanente em saúde, entendida como a prática de ensino-aprendizagem, não expressa apenas uma opção didático-pedagógica, mas “expressa uma opção político-pedagógica.”

Finalizada a aplicação dos questionários e das entrevistas iniciamos a tabulação dos dados empíricos de tudo que foi coletado e apreendido na pesquisa. Os resultados da pesquisa foram apresentados sob a forma de artigos científicos que ainda serão submetidos a revistas científicas da área.

Analisar entrevistas também é uma tarefa complexa que requer interpretação cuidadosa, construção de categorias e, o que é mais importante, os pesquisadores geralmente tendem a olhar para materiais empíricos a fim de "extrair" elementos que possam confirmar suas hipóteses de trabalho e/ou hipótese de seu referencial teórico. Precisamos ser muito zelosos quanto as interferências subjetivas, estar cientes disso e tratá-las como parte do processo de investigação. Como disse Romanelli (1998):

A subjetividade, elemento constitutivo da alteridade presente na relação entre sujeitos, não pode ser expulsa, nem evitada, mas deve ser admitida e explicitada e, assim, controlada pelos recursos teóricos e metodológicos do pesquisador, vale dizer, da experiência que ele, lentamente, vai adquirindo no trabalho de campo (ROMANELLI, 1998, p. 128).

Ao preparar uma entrevista para análise, existem alguns procedimentos importantes a seguir. O primeiro deles envolve a transcrição: a entrevista deve ser transcrita imediatamente após o término da mesma, de preferência pelo próprio entrevistador. Após a transcrição, a entrevista deve passar por um processo chamado de conferência de fidedignidade: ouvir a gravação com o texto transcrito à mão, acompanhar e verificar cada frase, mudanças de entonação, interjeições, pausas, etc. Antes de passar para a próxima transcrição e leitura de cada entrevista é útil corrigir erros, de forma a não induzir respostas e reavaliar o rumo da investigação (ALBERTI, 1990).

Uma forma de analisá-la é dividir o todo em partes e, em seguida, reorganizá-las de acordo com as hipóteses atuais. Ou seja, fragmenta-se as falas dos entrevistados em unidades significativas - a quantidade mínima de texto necessária para que seja analisada para que seja possível alcançar compreensão - desencadeando um processo detalhado de significação dessas unidades, interpolando-as entre si, visando como meta a construção de hipóteses explicativas para o problema ou ao campo que está sendo estudado.

Nesta perspectiva, a compreensão requer que as unidades de significado (derivados das partições das entrevistas) sejam vinculadas umas às outras partindo de categorias de análise, como por exemplo, a memória escolar, a formação inicial, a socialização profissional etc. podem tornar-se uma categoria. A vista disso, todas as unidades de texto extraídas da fala dos respondentes relacionadas ao indexador "memória escolar", por exemplo, devem ser compiladas nesse indexador. Os pesquisadores podem escolher a categoria de análise antes das entrevistas, partindo de referências teórica/conceituais (por exemplo, "socialização profissional", "geração", "leitura etc.) ou de conhecimentos prévios do campo empírico. Essas categorias podem, ainda, surgir durante a análise, através do reconhecimento de assuntos repetidos nas falas dos entrevistados, pelo pesquisador. As entrevistas terão ainda uma análise final, momento em que ocorrerá a compreensão do material dentro da miscelânea de categorias ou indexadores, onde as unidades de significado estarão listadas, referenciando o escopo da investigação e ao pano de fundo em que foram coletadas as entrevistas.

4.7. Questões Éticas

O estudo cumpre os princípios éticos da pesquisa com seres humanos, segundo a Resolução nº 466, de 12/12/2012 do CONSEPE e faz parte de um projeto multicêntrico intitulado “O Processo de Trabalho na Atenção Básica: Desafios na Consolidação de um Modelo de Atenção à Saúde”, coordenado pela Prof^a Dr^a Alba Benemérita Alves Vilela. Este projeto se constitui de pesquisa de natureza qualitativa, que aborda o processo de trabalho em saúde na Atenção Básica em quatro municípios do estado da Bahia, objetivando analisar ações de trabalho e afazeres em saúde e os desafios para a consolidação do modelo de atenção à saúde na Rede da Atenção Básica em Municípios Baianos. O projeto foi aprovado em Parecer de nº 1.889.636, exarado em 10 de janeiro de 2017. Assim a pesquisa em andamento está em conformidade com os critérios estabelecidos pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

4.8. Apresentação dos Resultados da Pesquisa

Os resultados desta pesquisa foram apresentados sob a forma de *papers* científicos elaborados para serem submetidos a periódicos da área da saúde, trata-se, então, de uma tese elaborada no formato de artigos. Este formato, desde o início do século XXI, é tendência nos programas de pós-graduação de diferentes países e vem recebendo mais adeptos a cada ano.

A comunicação científica vem passando por alterações e, tal qual a ciência, vem evoluindo.

O artigo científico, seu formato e meios de publicação, disseminação e compartilhamento passou por significativas alterações desde o surgimento dos primeiros periódicos científicos no século XVII. A Internet, nos anos 1990, mudou drasticamente o paradigma da comunicação da ciência, evento comparável apenas à invenção da imprensa por Gutenberg em 1440, que possibilitou a disseminação dos artigos e periódicos para outras instancias, além da academia. (NASSI-CALÒ, 2016, p. 1)

Almejando dar celeridade à escrita do texto de teses e dissertações e à avaliação das mesmas, programas de pós-graduação e instituições de ensino e pesquisa de vários países, e também do Brasil, estão aderindo aos artigos científicos, já publicados ou a publicar, como modelo de apresentação dos resultados de suas

pesquisas de pós-graduação. Esses artigos substituem os capítulos das dissertações e teses acadêmicas, agora estruturadas por uma introdução, revisão da literatura científica acerca da temática geral da investigação, seguido dos artigos produzidos e finalizando com um texto de conclusões ou considerações finais. Cada artigo é um texto individual que possui seus próprios objetivos, referências bibliográficas, metodologias, discussões e conclusões, visto que serão submetidos e publicados em periódicos diferentes e em tempos distintos.

Para Frank (2015, p. 1) é possível perceber vantagens neste formato, visto que permite ao orientado e “orientador terem, no final da tese, uns 4 ou 5 artigos prontos para publicar ou já em processo de submissão”, sendo para o autor a maior vantagem do modelo. Se pensarmos que o objetivo final do pesquisador é dar publicidade às suas pesquisas, concluímos que este modelo é o mais adequado, visto que orientado e orientador não precisam se ocupar com a produção de artigos após a defesa da tese ou dissertação.

Na visão de alguns dirigentes de instituições de ensino de pós-graduação, a publicação deve ser uma parte relevante do treinamento acadêmico de mestrados e doutorados, uma vez que capacita os candidatos para ingressar na carreira de pesquisador. No entanto, existem aqueles como Jeremy Farrar, diretor de pesquisa em biomedicina do *Wellcome Trust* em Londres (Reino Unido), que “temem que a ênfase dada à publicação de artigos durante a pós-graduação limite o foco do doutorado a uma mera fábrica de artigos” (NASSI-CALÒ, 2016, p. 1).

Este formato de apresentação de tese e dissertação, também, é uma consequência dos padrões de avaliação de desempenho dos programas de pós-graduação que elegeram como mérito e balizador prioritário o número de publicações realizadas pelos pesquisadores, sejam eles orientadores ou orientados, tornando-se, assim, uma alternativa viável para incrementar o quantitativo de suas publicações. De todo modo, defensores ou não desse formato alternativo de apresentação dos resultados das pesquisas de teses e dissertações - *multipapper* - concordam que artigos científicos são mais acessados, lidos na íntegra e mais citados que as teses e dissertações tradicionais.

Tomando como princípio o que Nassi-Calò (2016, p. 1) denomina de “artigos verticais ou sequenciais”, em que cada artigo aborda um novo problema e objetivos

específicos baseados nos resultados do artigo precedente e “os resultados parciais de cada artigo vão conduzindo ao resultado final desejado para atender ao objetivo geral”, estruturamos nossa tese em um texto introdutório que traz a apresentação do tema, a revisão da literatura, os objetivos, sujeitos e universo da pesquisa, bem com as questões éticas que envolveram a investigação e o referencial teórico que embasou as reflexões e análises dos resultados obtidos. A seguir, apresentamos os três artigos originados dos objetivos da pesquisa: **Artigo 1 - Revisando a produção científica sobre saúde da mulher**, que atendeu ao objetivo de realizar revisão sistemática da literatura em língua portuguesa sobre o tema da saúde da mulher negra e da relação entre saúde, etnia e gênero; **Artigo 2 - Saberes dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde de uma cidade do interior baiano sobre saúde da mulher negra**, teve por objetivo conhecer possíveis ações realizadas para o atendimento da saúde da mulher negra nas referidas Unidades Básicas de Saúde como desdobramento dos presumíveis saberes dos profissionais acerca do tema; **Artigo 3 - Saúde da mulher negra e racismo institucional: o que dizem as usuárias de Unidades Básicas de Saúde de município do interior baiano** foi elaborado visando atender ao objetivo de avaliar o atendimento à saúde das mulheres negras assistidas nas Unidades Básicas de Saúde e sob a perspectiva de suposto racismo institucional e; por último, texto que pretendeu “amarrar” os artigos e objetivos específicos ao objetivo geral da tese, trazendo aspectos conclusivos da etapa da defesa da tese, mas que abrem possibilidades de novos objetos investigativos.

REFERÊNCIAS

- AGOSTINI, Nilo. Conscientização e Educação: ação e reflexão que transformam o mundo. **Pro-Posições**. v. 29, n. 3, set./dez. 2018, versão On-line ISSN 1980-6248. <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0105>, ISSN 1980-6248
- ALBERTI, Verena. História Oral: a experiência do CPDOC. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, 44 (1): 85, jan./mar. 1991.
- ALMEIDA, Silvio Luiz de. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.
- ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(1) :319-325, 2011
- AUGUSTO, Cleiciele Albuquerque; SOUZA, José Paulo de; DELLAGNELO, Eloise Helena Livramento; CARIO, Silvio Antonio Ferraz. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). **RESR**, Piracicaba-SP, v. 51, n. 4, p. 745-764, out./dez. 2013 – Imprensa em fev. 2014
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Diretoria de Gestão do Cuidado. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher**, 2016.
- BARBOSA, Francisco. **Mulheres negras são as mais afetadas pelas condições impostas pela pandemia**. <https://www.brasildefato.com.br/2020/08/28/mulheres-negras-sao-as-mais-afetadas-pelas-condicoes-impostas-pela-pandemia>. Acessado: setembro de 2020
- BARROS, Aidil J. P.; LEHFELD, Neide Aparecida de S. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.
- BATISTA, Waleska Miguel. A inferiorização dos negros a partir do racismo estrutural de ALMEIDA, Silvio Luiz. O que é racismo estrutural? Belo Horizonte: Letramento, 2018 (Resenha). **Rev. Direito Práx.** Rio de Janeiro, 2018, vol. 9, n. 4, 2018, pp.2581-2589. DOI: 10.1590/2179-8966/2018/36867| ISSN: 2179-8966
- BENTO, Maria Aparecida Silva. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: BENTO, Maria Aparecida Silva; CARONE, Iray (Orgs.). **Psicologia Social do Racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2002.
- BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. v. 2, n. 1 (3), jan./jul. 2005, p. 68-80.
- BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros** (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS.** 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS /** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº. 2.118 de 03/11/2005.** Estabelece Cooperação Técnica Entre MEC e MS na Formação e Desenvolvimento dos Profissionais da Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, ano XLVI, n. 212, p. 8202, 04 de nov. 2005

BRASIL-Ministério da Saúde. Emergência epidemiológica de febre amarela no Brasil, no período de dezembro de 2016 a julho de 2017. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde.** v. 48, n. 28, 2017 ISSN 2358-9450

BRIGHENTE, Miriam Furlan; MESQUIDA, Peri. Paulo Freire: da denúncia da educação bancária ao anúncio de uma pedagogia libertadora. **Pro-Posições**, v. 27, n. 1 (79), p. 155-177, jan./abr. 2016

CARDOSO, Cláudia Pons. Amefricanizando o feminismo: o pensamento de Lélia Gonzalez. **Estudos Feministas.** Florianópolis, 22(3): 320, set./dez./2014

CARNEIRO, Fernanda. Nossos passos vêm de longe... *In:* WERNEK, Jurema; MENDONÇA, Maisa; WHITE, Evelyn C. (Orgs.). **O Livro da Saúde das Mulheres Negras: nossos passos vêm de longe.** 2. ed. Rio de Janeiro: Pallas/Criola, 2006.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], 2005, vol.10, n.4, pp.975-986. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Verbetes: Educação permanente em saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde** [online], 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html> 2009. Acessado em: 22/10/2019.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. 14(1), pp.41-65, 2004.

COELHO, Marta Roberta Santana. **Atenção básica à saúde da mulher**: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

COLL, C. & MONEREO, C. **Psicologia da educação virtual**: aprender e ensinar com as tecnologias da informação e da comunicação. São Paulo: Artmed, 2010.

DOMINGUES, Petrônio. Movimento negro brasileiro: alguns apontamentos históricos. **Tempo** [online], v. 12, n. 23, p. 100-22, jul. 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=167013398007>>_ISSN 1413-7704

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; MAMEDE, Marli Villela; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. Opções Teórico-Methodológicas em Pesquisas Qualitativas: Representações Sociais e Discurso do Sujeito Coletivo. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.4, p.620-626, 2009 625

FERRARO, Alceu Ravello. Quantidade e qualidade na pesquisa em educação, na perspectiva da dialética marxista. **Pro-Posições**, Campinas, v. 23, n. 1 (67), p. 129-146, jan./abr. 2012

FERREIRA, Ricardo Franklin. **Afro-descendente**: identidade em construção. São Paulo: EDUC; Rio de Janeiro: Pallas, 2004.

FIGUEIREDO, Marília Z. A.; CHIARI, Brasília M.; GOULART, Bárbara N. G. de. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. **Distúrb Comun**, São Paulo, 25(1), pp. 129-136, abr., 2013.

FOUCAULT, Michel. **Genealogía del racismo**. La Plata: Editorial Altemira, 1996.

FRANK, Alejandro G. **Formatos alterativos de teses e dissertações**. [online]. Ciência Prática, 2015 [Acessado em: 03 Janeiro 2021]. Disponível em: <https://cienciapratica.wordpress.com/2013/04/15/formatos-alterativos-de-teses-e-dissertacoes/>

GOMES, Nilma Lino. Programa Ações Afirmativas na UFMG – Brasil: uma estratégia de resistência negra na diáspora africana. In: Congresso Luso-Afro-brasileiro de Ciências Sociais, 8., 2004, Coimbra Portugal. **Anais...** Coimbra: Universidade de Coimbra, 2004.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**. Anpocs. p. 223-244. 1984.

GONZALEZ, Lélia. A categoria político-cultural de amefricanidade. **Tempo Brasileiro**. Rio de Janeiro, n.º 92/93. (jan./jun.), p. 69-82.1988.

GONZALEZ, Lélia. Por um feminismo afro-latino-americano. *In: Caderno de Formação Política do Círculo Palmarino n. 01 Batalha de Ideias*. (2011). 2011. Disponível em:
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/271077/mod_resource/content/1/Por%20um%20feminismo%20Afro-latino-americano.pdf. Acessado em 07 de setembro de 2020.

GUIMARÃES, Juca. Conceição Evaristo: "Não leiam só minha biografia. Leiam meus textos". **Brasil de Fato**. 2018.
<https://www.brasildefato.com.br/2018/11/20/conceicao-evaristo-nao-leiam-so-minha-biografia-leiam-meus-textos#:~:text=%22Antes%20de%20lerem%20nossos%20textos,por%20favor%20leiam%20meu%20texto%22>. Acessado em 37 de novembro de 2020.

HASENBALG, Carlos A. **Discriminação e desigualdades raciais no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

JESUS, Carolina Maria de. A literatura e a fome. *In: Quarto de despejo: diário de uma favelada*. São Paulo: Ática, 1993.

JODELET, Denise. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. Uerj, 2001.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. Discurso do Sujeito Coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto Contexto Enferm**, 23(2), pp. 502-7, abr./jun. 2014

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Pesquisa de Representação Social: um enfoque qualitativo**. 2. ed. Brasília: Liber Livro, 2014.

LÓPEZ, Laura Cecília. O Conceito de Racismo Institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p.121-34, jan./mar. 2012.

MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Política social com recorte racial no Brasil: o caso da saúde da população negra. *In: MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura (Orgs.). Raça como questão: história, ciência e identidades no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MARTIN, Joyce Castro. **Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil no Brasil: enfoque na evitabilidade das causas**. 2018. 101 f. Dissertação (Mestrado). Pós-

graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2018.

MATTOSO, Katia M. de Queirós. **Ser Escravo no Brasil: séculos XVI-XIX**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2010.

MUNANGA, Kabengele. Mestiçagem e experiências interculturais no Brasil. *In: SCHWACZ, Lilia Moritz; REIS, Letícia Vidor de Souza (Orgs.). Negras Imagens*. São Paulo: Edusp, 1996.

NASSI-CALÒ, Lilian. Teses e dissertações: pros e contras dos formatos tradicional e alternativo [online]. **SciELO em Perspectiva**, 2016 [Acessado em: 03 janeiro 2021]. Disponível em: <https://blog.scielo.org/blog/2016/08/24/teses-e-dissertacoes-pros-e-contras-dos-formatos-tradicional-e-alternativo/>

NICOLAU, Karine Wlasenko; ESCALDA, Patrícia Maria Fonseca; FURLAN, Paula Giovana. Método do Discurso do Sujeito Coletivo e Usabilidade dos Softwares Qualiquantisoft e DSCsoft na Pesquisa Qualiquantitativa em Saúde. **Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science**. v.4, n.3, jul.-dez. 2015, p. 87-101. ISSN 2238-8869. <http://revistas.unievangelica.edu.br/index.php/fronteiras/>

OLIVEIRA, Maria Luísa Pereira de Oliveira. **Subjetividade e Identidade das Mulheres Negras: efeitos da discriminação racial**. 2009. 76 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2009.

OLIVEIRA, Priscila Patrícia Moura. **Manual Interativo de Utilização do Instagram como Ferramenta Pedagógica**. Rio Pomba, 2020.

PÁDUA, Elisabete Matallo Marchesini de. **Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática**. 11. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2005.

PELLANDA, Eduardo Campos; STRECK, Melissa. **Instagram como interface da comunicação móvel e ubíqua**. Sessões do Imaginário [online], v. 22, n. 37, p. 10-19, 2017. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/famecos/article/view/28017/15936>>. Acesso em: 20 dez. 2020.

REICHMANN, Rebecca. Mulher negra brasileira um retrato. **Estudos Feministas**. v. 497, n. 2, ano 3, 2º sem./1995.

- RIBEIRO, Djamila. **Simone de Beauvoir e Judith Butler: aproximações e distanciamentos e os critérios da ação política.** 103 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Filosofia, Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Paulo, 2015
- SAMPAIO, Elias de Oliveira. Racismo Institucional: desenvolvimento social e políticas públicas de caráter afirmativo no Brasil. **INTERAÇÕES Revista Internacional de Desenvolvimento Local.** v. 4, n. 6, p. 77-83, mar. 2003.
- SANTA ROSA, Patricia Lima Ferreira. **Mulheres negras, o cuidado com a saúde e as barreiras na busca por assistência:** estudo etnográfico em uma comunidade de baixa renda. 2013. 177 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- SANTANA, Judith Sena da Silva. Percurso Metodológico. In: SANTANA, Judith Sena da Silva; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do (Orgs.). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social.** UESF Editora: Feira de Santana, Bahia, 2010.
- SANTOS, Joel Rufino. **O que é Racismo.** Coleção primeiros passos. Abril Cultural: Brasiliense, 1984.
- SANTOS, Lara Gabriella Alves dos. **Carolina Maria de Jesus: análise identitária em Quarto de Despejo - diário de uma favelada.** Dissertação (Mestrado). Programa de Mestrado em Estudos da Linguagem, Universidade Federal de Goiás, 2015.
- SANTOS, Ricardo Ventura; MAIO, Marcos Chor. Qual 'retrato do Brasil'? Raça, biologia, identidades e política na era da genômica. **Mana: Estudos de Antropologia Social,** 10 (1): p. 61-95, 2004.
- SOUSA, Neusa Santos. **Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social.** 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1983
- THIOLLENT, Michel. **Metodologia da Pesquisa.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2001
- THIOLLENT, Michel. **Pesquisa-Ação nas Organizações.** São Paulo: Atlas, 1997
- VALLE, Karina de França Silva. **A questão étnico-racial em tempos de crise.** ONU BRASIL, Boletim n. 06. out./2020, 2020.
- VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração.** 7. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- VIERIA, Paulo Alberto dos Santos; MEDEIROS, Priscila Martins. Pela desracialização da experiência: discurso nacional e educação para as relações ético-raciais. In: MISKOLCI, Richard; LEITE JÚNIOR, Jorge (Orgs.). **Diferenças na Educação: outros aprendizados.** São Carlos: EdUFSCar, 2014.

WERNECK, Jurema. Nossos passos vêm de longe! Movimentos de mulheres negras e estratégias políticas contra o sexismo e o racismo. In: **Vents d'Est, vents d'Ouest: Mouvements de femmes et féminismes anticoloniaux** [en línea]. Genève: Graduate Institute Publications, 2009.

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

WERNEK, Jurema; IRACI, Nilza (Coord.). **A Situação dos Direitos Humanos das Mulheres Negras no Brasil Violências e Violações**. Criola/Geledés: São Paulo, 2016.

Páginas da Internet consultadas:

<https://cebes.com.br/ubs-julia-magalhaes-2400715/>. Acessado: em 02 de julho de 2020.

<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2019/11/20/consciencia-negra-numeros-brasil/>. Acessado em 15 de junho de 2020.

<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2019/10/negras-ganham-menos-e-sofrem-mais-com-o-desemprego-do-que-as-brancas.shtml> reportagem de 8 de outubro de 2019. Acessado em 15 de junho de 2020

<http://www.onumulheres.org.br/noticias/onu-mulheres-faz-lista-de-checagem-de-acoes-governamentais-para-inclusao-da-perspectiva-de-genero-na-resposta-a-covid-19/>. Acessado em 05 de agosto de 2020

<https://cienciapratica.wordpress.com/2013/04/15/formatos-alterativos-de-teses-e-dissertacoes/>

Resultados

Artigo a ser submetido a REVISTA PRÁXIS e-ISSN 2178-2679

REVISANDO A PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE SAÚDE DA MULHER NEGRA

REVIEWING SCIENTIFIC PRODUCTION ON BLACK WOMEN'S HEALTH

**REVISIÓN DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES
NEGRAS**

Soraya Mendes R. Adorno

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Ana Angélica Leal Barbosa

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Alba Benemérita Alves Vilela

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Resumo: Este estudo teve por objetivo realizar revisão sistemática da literatura em língua portuguesa sobre o tema da saúde da mulher negra. Delimitamos como espaço temporal as produções publicadas no intervalo entre os anos de 2010 e 2020. A busca se deu através da plataforma do Google Acadêmico que abriga bases de dados como SciELO Lilacs, além de localizar trabalhos científicos, como teses, dissertações, artigos, relatórios e outras publicações para pesquisadores das mais variadas áreas do conhecimento. Nossa busca teve como descritores: 1. “Política de saúde da mulher negra”, 2. “Saúde da mulher negra” com o intuito de relacionar cuidado, saúde da mulher negra e racismo institucional. Essa busca nos levou a selecionar as produções científicas a partir de critérios de inclusão e exclusão para a continuidade da análise, como; país de origem e de realização do estudo, ano de desenvolvimento da pesquisa e publicação, idioma e título que refletisse a pertinência do estudo aos objetivos dessa revisão sistemática. Os estudos analisados revelaram a vulnerabilidade de ser mulher em uma sociedade de classes e machista, principalmente quando essa mulher é negra. É premente se pensar políticas públicas inclusivas dentro de uma perspectiva transversal de gênero, que efetivamente compreenda os efeitos desiguais gerados na vida das mulheres negras em um país cercado de abismos econômicos e sociais.

Palavras chave: Saúde da mulher negra; Políticas de saúde; Racismo Institucional.

Abstract: This study aimed to conduct a systematic review of the literature in Portuguese on the topic of black women's health in general and also on the relationship between ethnicity, gender and Covid-19. We delimit as a temporal space the productions published in the interval between the years 2010 and 2020. The search took place through the Google Scholar platform that harbors databases such as SciELO Lilacs, in addition to locating scientific works, such as theses, dissertations, articles, reports and others publications for researchers from the most varied areas of knowledge. Our search had a descriptor “Health policy for black women” in order to relate care, health of black women and institutional racism. This search led us to select scientific productions based on inclusion and exclusion standards for the continuity of the analysis, such as; country of origin and performance of the study, year of development of the research and publication, language and title that reflected the relevance of the study to the objectives of this systematic review. The analyzed studies revealed the

vulnerability of being a woman in a class and sexist society, especially when this woman is black and when that society is experiencing a process of social isolation. It is imperative to think about inclusive public policies from a cross-gender perspective, which effectively understands the unequal effects generated in the lives of women in a pandemic situation that produces more inequalities in the lives of women, accentuating those already present before the health crisis.

Keywords: Black women's health; Health policies; Institutional Racism.

Resumen: Este estudio tuvo como objetivo realizar una revisión sistemática de la literatura en portugués sobre el tema de la salud de la mujer negra. Delimitamos como espacio temporal las producciones publicadas en el período comprendido entre los años 2010 y 2020. La búsqueda se realizó a través de la plataforma Google Scholar que alberga bases de datos como SciELO Lilacs, además de localizar trabajos científicos, como tesis, disertaciones, artículos, informes y otras publicaciones para investigadores de las más variadas áreas del conocimiento. Nuestra búsqueda tuvo como descriptores: 1. “Política de salud para la mujer negra”, 2. “Salud para la mujer negra” con el fin de relacionar la atención, la salud de la mujer negra y el racismo institucional. Esta búsqueda nos llevó a seleccionar producciones científicas en base a criterios de inclusión y exclusión para la continuidad del análisis, tales como; país de origen y realización del estudio, año de desarrollo de la investigación y publicación, idioma y título que reflejó la relevancia del estudio para los objetivos de esta revisión sistemática. Los estudios analizados revelaron la vulnerabilidad de ser mujer en una sociedad de clases y sexista, especialmente cuando esta mujer es negra. Es urgente pensar en políticas públicas inclusivas desde una perspectiva de género cruzado, que entienda efectivamente los efectos desiguales que se generan en la vida de las mujeres negras en un país rodeado de brechas económicas y sociales.

Palabras clave: Salud de la mujer negra; Políticas de salud; Racismo institucional.

Introdução

A história da Política de Saúde no Brasil sempre foi cercada por lutas e peculiaridades próprias, inclusive nas discussões para a elaboração da Constituição Brasileira de 1988. O Brasil é uma sociedade marcada pela herança colonialista, de base escravista e de economia dependente. Qualquer estudo que pretenda se debruçar sobre a conformação da política de saúde no Brasil precisa levar em consideração esses fatores históricos, sociopolíticos e culturais que influenciaram e continuam influenciando os caminhos e a estrutura do sistema de saúde brasileiro.

Atualmente, grandes ameaças de retrocessos às conquistas alcançadas ao longo dos anos retomam o importante debate do movimento histórico que trouxe o país até o ponto em que se encontra atualmente, onde o compromisso e a defesa de um sistema de saúde público, universal, equânime e de qualidade foi proposto ao

menos “no papel”. Embora o modelo de sistema de saúde brasileiro seja referência mundial, não se deve esquecer que foi resultado de lutas dos movimentos sociais, bem como de trabalhadoras e trabalhadores das diversas áreas da saúde.

O Estado só passou a intervir mais significativamente na saúde a partir de 1930, através da criação do Ministério da Educação e Saúde Pública. De acordo com Bravo (2006), a saúde, naquele momento, estava organizada em duas linhas de atuação: 1) a saúde pública e 2) a medicina previdenciária. A saúde pública estava voltada basicamente para campanhas sanitárias de combate a doenças endêmicas, coordenadas pelo Departamento Nacional de Saúde, criado em 1937; enquanto que a medicina previdenciária estava ligada aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs).

Na atual conjuntura de crise política, vivemos uma nova fase de ataque aos direitos conquistados historicamente, dentre eles, o direito à saúde gratuita, universal e de qualidade, por meio do gradual processo de desinvestimento no setor por parte do Estado.

Em 2016 foi aprovada, durante o então governo de Michel Temer, uma Proposta de Emenda Constitucional que prevê o congelamento dos gastos públicos por 20 anos. Os impactos na Política de Saúde que tal proposta trará ao longo desses vinte anos são apresentados por Rossi e Dweck (2016, p. 4) ao ressaltarem que

[...] a PEC 55 torna impossível qualquer melhora na saúde e educação públicas no Brasil, pelo contrário, abre-se espaço para o sucateamento dessas áreas e para a eliminação de seu caráter universal.

Importante termos conhecimento do quanto precisamos ainda avançar. Sobretudo, porque nossa herança de uma política historicamente excludente, fragmentada e condicionada, aliada às atuais investidas da política neoliberal, que ameaça os direitos sociais – reflete-se nos obstáculos encontrados hoje para a implementação do SUS conforme previsto na Constituição Federal, nas dificuldades para fazer acontecer seus princípios e diretrizes e oferece empecilhos para a realização plena desta conquista. No entanto, não podemos perder de vista a história de resistência que a política de saúde tem no Brasil e o quanto de luta tem impresso no SUS de hoje. Aos defensores do SUS e da saúde enquanto direito de todo cidadão e

dever do Estado, aos defensores da saúde como uma política integral que atenda às reais necessidades dos usuários, para além das demandas que chegam aos serviços de saúde, cabe continuar a luta iniciada pelos atores protagonistas, por exemplo, do Movimento de Reforma Sanitária. Vale ressaltar que muito avançou-se até aqui. O SUS hoje não é mais uma possibilidade, mas uma realidade concreta, uma realidade que está sendo construída gradativamente e que precisa constantemente ser reafirmada.

A partir do acima exposto percebemos a premência de se fazer uma revisão sistemática da literatura em língua portuguesa sobre o tema da saúde da mulher negra relacionando saúde com etnia, gênero e racismo institucional e estrutural. Delimitamos como espaço temporal das publicações o intervalo entre 2010 e 2020. A busca se deu através da plataforma do Google Acadêmico, ferramenta do Google que localiza trabalhos científicos, como teses, dissertações, artigos e outras publicações úteis para pesquisadores das mais variadas áreas do conhecimento. Trata-se de uma base de dados integrada com várias bibliotecas universitárias *on line* e gratuitas, reunindo todas as fontes de pesquisa em um só lugar.

Nossa busca teve como descritor: “Política de saúde da mulher negra”. A busca ativa do descritor na base de dados da plataforma do Google Acadêmico se deu entre os dias 05 e 06 de julho e os dias 25 e 26 de agosto do corrente ano. Nesta primeira parte - a localização das referências - colhemos 7.530 produções científicas. Após a localização das referências procedemos a seleção das mesmas, tendo como principais critérios de inclusão e exclusão terem sido publicadas em língua portuguesa e que discutissem a saúde de mulheres negras sob qualquer viés, especialmente que abordassem o racismo – institucional e estrutural, o que pôde ser detectado a partir da leitura dos títulos. Nessa primeira seleção, chegamos a um total de 76 produções que, após a leitura dos resumos (quando era o caso) e/ou da introdução de cada uma delas, verificando se atendiam ao período delimitado (últimos dez anos), esse quantitativo foi reduzido para 26 publicações que foram selecionadas e analisadas. Tanto na localização quanto na seleção das referências, aceitamos para análise: artigos, teses e dissertações. Quanto ao lócus das pesquisas limitamos as que tivessem como universo o Brasil e sujeitos brasileiros.

Desta forma, passamos a apresentar a análise das 26 produções científicas que selecionamos.

Saúde da Mulher Negra

Objetivando mostrar as pesquisas brasileiras que discutem a saúde da mulher negra a partir de várias perspectivas apresentamos a discussão referente às 26 produções científicas selecionadas, sendo a grande maioria artigos (Tabela 1) publicados em revistas científicas das áreas de saúde e economia/estatística.

Quadro 1: Quantitativo das produções científicas por categoria

Categoria da Publicação	Quantidade
Artigo	21
Dissertação	04
Relatório	01

Fonte: Arquivos da Pesquisa.

Partindo da teoria racial crítica e na busca de informações baseadas em evidências científicas e culturalmente competente, Cruz (2003) apresentou dados que corroboram a hipótese de escassez na literatura de temas que abordem a sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra. Com isso, postula-se que o racismo e o sexismo operantes por meio da omissão ou negligência do Estado devam ser combatidos, principalmente, por meio de ações afirmativas em relação à mulher negra, explicitando a discriminação institucional para se alcançar a promoção da equidade em saúde.

Já Costa (2020) em artigo publicado, discute como as iniquidades em saúde apresentam impasses, lacunas e desafios para implantação da Política Nacional de Saúde da População Negra e que o SUS precisa promover reflexões como formas de implementar políticas para grupos sociais específicos em condição de iniquidade.

E pesquisadora negra Jurema Werneck (2016) destaca que a saúde da mulher negra não se tornou um campo relevante nas Ciências da Saúde, devido a inexpressiva produção de conhecimento científico nessa área. Junto a isso soma-se o fato de o tema não participar da maioria dos currículos de cursos de graduação e pós-graduação em saúde, salvo raríssimas exceções. Informações sobre esse tema não devem ser

ignoradas por pesquisadoras e pesquisadores para que o processo de formulação e sistematização de pesquisas e gestão de políticas públicas adequadas desse campo de atuação tenha o foco necessário na natureza das demandas dos movimentos sociais organizados, visando atender as necessidades de saúde das mulheres negras brasileiras.

Discorrendo sobre o aparato legal existente na Política Nacional de Saúde para a Mulher Negra e dispondo de dados e documentos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Alcântara, Viegas e Varga (2016) examinaram serviços básicos de saúde prestados às mulheres negras precisamente no povoado de Castelo-ES, buscando por programas e projetos voltados para mulheres negras oferecidos por tal município. Foi verificado que apesar de existir um certo atendimento específico voltado para o público de mulheres negras ali, o aparato legal, reconhecido e citado pela SEMUS (Secretaria Municipal de Saúde) em seu Plano de Saúde atual, não têm sido suficientes para que esse segmento social tenha reconhecidamente suas peculiaridades atendidas. Não existiam ações planejadas considerando as características raciais e étnicas das mulheres daquela comunidade.

Santos (2019) analisou a presença e a ação política de organizações não governamentais (ONGs) de mulheres negras no Brasil, identificando as que tem objetivo e foco na luta de mulheres negras no nosso país, discutindo os aspectos tanto políticos quanto governamentais desses grupos de ONGs dentro do Brasil. Em termo cunhado pela autora, perspectiva racial de gênero das ONGs de mulheres negras, ela analisou as condições de opressões vivenciadas por este grupo dentro de suas próprias organizações.

Pesquisando a saúde pública no Maranhão, Varga (2007) nos traz importante contribuição ao relatar a importância que debates sobre as políticas de promoção da igualdade racial, atualmente em curso e a necessidade de fortalecer tais discussões nos Conselhos de Saúde a exemplo do que ocorre em reuniões do Conselho Estadual de Saúde do Maranhão. Ademais, o autor demonstra a relevância do oferecimento a comunidade acadêmica de duas turmas em cursos de Especialização em Saúde da Mulher Negra (360h) e de Mestrado em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão, que trazem discussões acerca das políticas de promoção da igualdade racial.

Maio e Monteiro (2005) descrevem a emergência de uma proposta de política compensatória dentro de um campo de reflexão e intervenção política denominado “Saúde da População Negra”, no período entre 1996 e 2004. Após a 3ª Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância o debate adquiriu maior visibilidade e temas acerca de raça e saúde, sobretudo provenientes da literatura biomédica norte-americana embasaram essa discussão por agências e agentes comprometidos com a formulação de uma “política racial” e antirracista no âmbito da saúde pública no Brasil.

Com o propósito de analisar a violência racial e de gênero da comunidade composta por remanescentes quilombolas no Estado de Alagoas frente a incidência de IST/Aids em mulheres do lugar, foi a proposta do artigo de Riscado (2010) e colaboradores. O exame dos depoimentos revelou o padecimento de violência doméstica vivenciado em níveis acentuados naquela comunidade quilombola. Alto grau de infecção por IST/Aids além de vivências com preconceitos raciais em todos os ambientes, desde o interior de escolas até em festas, evidenciado com expressões de subestimação e humilhação partindo dos agressores. Devido à ausência de políticas de saúde mais efetivas e de um trabalho educativo com o objetivo de reduzir as condições precárias de vida dessas mulheres nessas comunidades, os autores concluem que uma intervenção efetiva e contínua do Estado deve ser radicalmente adotada visando a equidade racial e de gênero e à saúde das mulheres quilombolas.

Batista e colaboradores (2013) descreveram em seu artigo o ciclo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP) nos anos de 2003 a 2010. Após ser demonstrada por meio de dados epidemiológicos, as desigualdades raciais e seu impacto na saúde, a SES-SP decidiu formular e implementar uma política especial voltada para à saúde da população negra como forma de solução, trazendo para dentro do debate o próprio Plano Estadual de Saúde, Planos Operativos Anuais, Termos de Compromisso e Relatório de Gestão. Diversas estratégias, desafios e erros cometidos acabaram por sugerir caminhos que os gestores pudessem seguir a bem do interesse em propor ações para redução das iniquidades raciais em saúde e que tais ações tivessem subsídios para tal.

Visando revelar que o processo de implantação da Política Integral de Saúde da População Negra do Estado de Sergipe foi construído numa perspectiva de totalidade e que os aspectos sociais, políticos e econômicos interferem na organização, na formulação e implantação de uma política desse tipo, Correia (2015) realizou pesquisa de mestrado. Sua pesquisa concluiu que o conselho de saúde é um espaço de exercício da democracia, que as vivências dos conselheiros, por serem “atores conhecedores da causa social” devem ser levadas em consideração para que, junto à militância e à prática profissional, construam o saber que os habilite à participação. Comitês de representatividade são espaços extremamente requisitados e úteis para proposição e fortalecimento de políticas sociais, sobretudo para populações desfavorecidas socialmente. Infelizmente a autora aponta para um esvaziamento sistemático desses espaços por conta de movimentações políticas que, segundo a mesma, ainda é preciso tomar as ruas e praças para que não seja apenas uma questão de negros.

Maher (2005) também em dissertação de mestrado faz excelente análise ao interpretar que as profundas transformações vivenciadas pela sociedade brasileira após o regime civil-militar trouxeram projeção aos movimentos sociais. Nesse sentido, a pesquisadora coloca como a ação de grupos envolvidos em políticas que tratavam a igualdade racial pelo meio político tentando reverter desigualdades acumuladas a séculos ganharam força. Destaque especial é dado as mulheres negras que se ocuparam das articulações políticas e negociações de conflitos em que se atribuem a categoria “raça” aos confrontos. Maher (2005) afirma que longe de ser uma categoria, o termo “raça” presta-se a construção de múltiplos discursos, passando a ter um papel decisivo para a militância e em pesquisas nesse campo.

Em artigo de 2005, Fry partiu de análise feita pelo antropólogo Melbourne Tapper, do programa de combate à Anemia Falciforme nos Estados Unidos, da década de 1970, nos eventos que sucederam vitórias dos negros na luta pelos direitos civis, demonstrou que uma das consequências dessa política foi a criação de uma comunidade negra cidadã e responsável. No Brasil, o Programa de Anemia Falciforme foi desenvolvido a partir dos anos 90 do século passado com a intensa participação de uma comunidade negra responsável e engajada na defesa de suas próprias pautas. Para Fry (2005), a anemia falciforme tornou-se muito mais do que uma doença

erradicada, mas um lamentável elemento no processo de naturalização da “raça negra”, dentro de um país com raízes declaradamente híbridas, tanto biológica como culturalmente se falando.

Santos (2016) discutiu alguns fatores determinantes da vulnerabilidade das mulheres negras ao HIV/Aids. Analisando os dados socioeconômicos, de incidência e mortalidade por Aids e da mortalidade por outras patologias em seu estudo, observou que o quadro epidemiológico manifesta apenas ressaltado das consequências já conhecidas das iniquidades em saúde da população negra e, em particular, das mulheres desse segmento populacional. Inevitavelmente, quando se compara com dados de mulheres brancas, as negras apresentam, repetidamente, maior risco de adoecimento e morte. Segundo a autora, a violência sexual e doméstica reforça as discrepâncias e a maior vulnerabilidade social da mulher negra, sendo as desigualdades socioeconômicas e o racismo institucional, as principais hipóteses explicativas para a alta vulnerabilidade às IST/Aids das mulheres negras. Santos (2016) aponta ainda que apenas com uma ampla gama de ações multissetoriais e de massa para o enfrentamento do racismo institucionalizado pelo Estado, será possível o fortalecimento dos movimentos sociais na longa jornada para se alcançar o princípio da equidade na saúde.

A análise documental e produção acadêmica de Almeida (2013) demonstrou que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) formulada por meio da articulação de movimentos negros com o Ministério da Saúde teve um papel central no avanço e protagonismo do movimento negro e de seus intelectuais junto a Estados, governos, sociedade e políticas públicas como um todo. Usando a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e análise de entrevistas semiestruturadas a autora apontou que as mulheres negras foram os atores sociais de destaque dentro desse constructo. O combate a ideias centradas no racismo institucional, bem como a necessidade de pautar a saúde na agenda governamental, revelaram a presença de movimentos negros para que fosse institucionalizado diversos dispositivos como o Comitê Técnico de Saúde da População Negra.

Monteiro (2016) aponta que a educação permanente de profissionais da educação básica pública, seja ela, municipal ou estadual sobre o tema de saúde da população da mulher negra pode ser capaz de produzir um efeito positivo no contexto

das relações raciais e ações afirmativas no Brasil. A autora analisou as contribuições que um curso de especialização em Saúde da Mulher Negra pode trazer para os estudantes desde que as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-brasileira e Africana sejam seguidas. Este curso produziu projetos de pesquisas que estavam diretamente relacionados tanto com os processos formativos de profissionais da saúde no atendimento à saúde das mulheres negras, quanto na própria educação escolar e saúde das mulheres negras. Da análise da autora se conclui preliminarmente que cursos dessa natureza produzem maior engajamento e motivação em seus estudantes para viabilizar a implementação de ações previstas na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

O trabalho de Damasco (2012) e colaboradores se preocupa em investigar como a constituição do feminismo negro no país, entre os anos de 1975 e 1993, esteve relacionado com a importância da saúde reprodutiva e as interfaces entre gênero, cor/raça e a própria saúde pública no Brasil. Os pesquisadores apontam a importância que a relação entre as militantes negras, junto aos movimentos feministas e negros, em separado, produziu uma “revolução” dentro do tema da saúde reprodutiva, com recorte racial, após denúncias de esterilização de mulheres negras em cirurgias que estavam ocorrendo e o quanto isso foi relevante na unificação de pautas e ressignificação da identidade das ativistas negras inseridas no panorama daquele momento histórico.

Alfaia (2019) em sua dissertação de mestrado, aponta que a violência contra a mulher é um fenômeno que atinge as mulheres em geral e, de forma mais incidente, no Brasil, as mulheres negras, afirmando que esse fenômeno não é tratado de forma adequada na literatura. Ao se referenciar à mulher, alvo de violência, considerando a condição de gênero e omitindo o quesito raça/etnia, entre outras produz-se menos ações eficazes para o grupo de mulheres negras coadunando com sua invisibilidade social. Afirma ser urgente e importante a feitura de trabalhos científicos que abordem a violência contra a mulher a partir do recorte racial/étnico, além de suas implicações para a Segurança Pública. A autora realizou uma revisão sistemática da literatura entre os anos de 2003 a 2017 e explanou que os registros de violência às mulheres negras não guardam nenhuma relação de proporcionalidade que justifique a ausência

de trabalhos com esse recorte. Segundo a autora, expressões como “violência de gênero” é a utilização mais comum para identificar violência contra mulheres negras o que se traduz num grave erro acadêmico, principalmente no mundo pós-moderno onde diversas políticas de ações afirmativas e combate à violência racial precisam de dados concretos para serem efetivamente implementadas. Alfaia (2019) concluiu, após realizar entrevistas com mulheres autodeclaradas negras, o quanto as condições de violência moral e psicológica, além da física, patrimonial e social é incidente nesse grupo social e como é importante que o Estado disponibilize medidas como as de Segurança Pública produzirem prevenção e até reversão do atual estado.

A etnografia aliada a entrevista foi a estratégia da pesquisa realizada por Silva e Souza (2019) que revelou como o entendimento acerca da identidade, religiosidade e gênero em comunidades quilombolas é um grande passo junto a luta para conquistar a quebra de estereótipos, que são insistentemente impostos a essa população desde a época da escravidão. As autoras pontuam sobre a complexidade da questão de gênero e os preconceitos sofridos por mulheres quilombolas todos os dias, que para além de sofrerem preconceitos de gênero, ainda enfrentam preconceito de cor e de origem. Uma abordagem interseccional foi proposta pelas autoras em seu estudo com a finalidade de entender como o racismo, gênero e classe na estrutura social se interconectam.

Carneiro (2013) traz uma amostra do quanto o movimento de mulheres do Brasil conseguiu ser referência internacional em temas desse interesse. O movimento de mulheres trouxe contribuições que foram decisivas nos processos de democratização do Estado trazendo inclusive inovações em políticas públicas. A autora destaca a importância da criação dos Conselhos da Condição Feminina como promoção de igualdade de gênero e combate à discriminação contra as mulheres. Ela destaca ainda a trajetória das mulheres negras dentro do movimento feminista brasileiro, onde se pôde arquitetar uma agenda específica que combateu, ao mesmo tempo, as desigualdades dentro e fora do simples conceito de gênero. Algumas dificuldades ainda devem ser superadas e conquistas alcançadas, principalmente nos quesitos empregabilidade, violência doméstica e saúde. A pesquisadora cita importante texto de Oliveira (1998), quando esta nos chama a atenção para o risco do desenvolvimento de práticas eugenistas em pesquisas com seres humanos,

convocando feministas e antirracistas para atuarem de forma combativa em fóruns que esses temas são tratados. Ela diz:

Na atualidade, bioeticistas e fóruns de bioética, majoritariamente masculinos e brancos, são os setores da sociedade que adquiriram legitimidade, no mundo, perante legisladores e governos. Movimentos sociais com tradição de luta como o feminista, o antirracista e da juventude ainda estão fora dos debates e das decisões na área de bioética. O que é preocupante, pois a bioética aborda assuntos que dizem respeito à toda a sociedade, tais como: os temas dos direitos reprodutivos (concepção, contracepção, esterilização, aborto. Infertilidade e NTRc – Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas), saúde pública, sexualidade, doentes terminais, eutanásia e manipulação genética. (OLIVEIRA, 1998, p. 130).

Fry (2007) e colaboradores afirmam que nos últimos anos, temos observado um crescimento na ênfase em uma suposta relação entre a epidemia de AIDS e a população negra no Brasil. Depois de realizar uma análise na Base de Dados Nacional de HIV/AIDS no Brasil, seus estudos examinaram o contexto sociopolítico que tivesse a política pública com foco na “raça” foi definida. Argumentaram que as questões relacionadas para a qualidade dos dados, a estruturação do sistema de informação em si, além do uso e interpretação desta informação são todos elementos essenciais para compreender o processo em curso. Especificamente, os autores mostraram que os dados epidemiológicos disponíveis não são suficientes para garantir a interpretação de que existe de fato: um relacionamento direto entre a população negra e AIDS no país. Ressaltaram que a ênfase nesta suposta associação é parte de mais um processo geral de construção do campo da “Saúde da população negra” nos últimos anos e que isso está relacionado às inter-relações entre ativismo político e o Estado que vai muito além do campo da saúde.

Refletindo que o conceito de racismo institucional tem grande relevância nas demandas e disputas do movimento negro atual, principalmente frente a realidade social brasileira, López (2012) se dispôs a discutir a dificuldade em se tratar o racismo institucional pela forma difusa em que ele se distribui por todo o funcionamento das instituições, provocando, naturalmente, uma brutal desigualdade na distribuição das oportunidades e até dos benefícios para os segmentos da população quando se considera a raça. O autor aponta que apenas com políticas públicas visando o

processo de desracialização, baseadas no correto entendimento dos mecanismos e como eles operam, seria possível desconstruir esse fenômeno. Na área da saúde, em específico, faz-se urgente pesquisas com abordagens etnográficas para se elucidar a forma de operação desses mecanismos presentes no dia a dia de nossas organizações e instituições.

Varga (2016) agora em coautoria com Cardoso apresentaram as circunstâncias e impactos da construção de um texto elaborado por integrantes do chamado Núcleo de Extensão e Pesquisa com Populações e Comunidades Rurais, Negras Quilombolas e Indígena da Universidade Federal do Maranhão. Problemas identificados, principalmente, no controle da hipertensão arterial da população negra, já expôs problemas de operacionalização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Estado do Maranhão. A pesquisa teve como objetivo principal alertar as autoridades competentes para os problemas apontados e propor intervenções dentro do contexto das políticas de saúde no Estado.

Hana (2018) e suas colaboradoras descreveram em artigo científico publicado na Revista Eletrônica de Extensão, que a mulher, principalmente a negra, encontra-se em situação de vulnerabilidade nas questões econômicas, sociais, culturais e de saúde. Para elas, visando um atendimento integral a essa população, o profissional de saúde precisa estar qualificado, para orientar as mulheres a adotarem condutas preventivas e de promoção da saúde. As autoras descreveram a importância da formação do profissional de saúde para a atenção qualificada à mulher negra. O menor acesso aos serviços de saúde e a demora no diagnóstico/tratamento de determinadas afecções prevalentes nas mulheres negras, adicionados à situação de vulnerabilidade ocasionada por fatores como racismo, desigualdade de gênero e classe, precisam sensibilizar a população e os profissionais para as diferenças étnicas e seus impactos na saúde, além da formulação e execução de ações educativas que gerem mudanças e promovam práticas equitativas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o propósito de apresentar uma experiência de campo realizado numa instituição que abriga mulheres que cumprem pena em regime aberto ou semiaberto, Rodrigues (2008) executou pesquisa de caráter qualitativo que foi publicada na Revista África e Africanidades em 2008. A autora lançou luz sobre a história de vida das mulheres negras que cumprem penas em regime aberto ou semiaberto em

instituições prisionais a fim de subsidiar seu estudo. Ela ainda evidenciou que a expressão do racismo se manifesta no sistema prisional, propondo questionamentos ainda sobre quais as repercussões no contexto familiar e social como desdobramentos do cumprimento de tais penas. Segundo Rodrigues (2008), se existisse um aprofundamento maior sobre a realidade de cada uma das mulheres que hoje estão cumprindo pena, seria possível encontrar alguns aspectos na história de vida dessas mulheres que as levaram a cometerem delitos. A vida dessas mulheres antes e depois do encarceramento ou talvez o significado do cárcere na vida destas mulheres albergadas é motivo para reflexão e estudo.

O Fórum Nacional “Enfrentando o Racismo Institucional para Promover a Saúde Integral da População Negra no SUS” realizado em 2012 representou o espaço de instituições como a SEPPIR, o UNAIDS, o Ministério da Saúde, a Secretaria de Direitos Humanos, o UNFPA, UNICEF, ONU-Mulheres, OPAS, além de redes e organizações da sociedade civil. Este foi mais um passo importante na discussão da temática do racismo no Brasil e seus impactos nas condições de vida e saúde da população negra e parda. Ainda há muito a se fazer para assegurar a melhoria do acolhimento e da qualidade da assistência prestada, em especial para a população negra, que representa 67% dos usuários e usuárias do SUS. As conclusões e recomendações deste Fórum Nacional contribuíram para se pensar ações que tivessem a equidade como princípio balizador no atendimento da atenção e na promoção da saúde pública no Brasil.

No Boletim impresso do Instituto de Saúde, a médica e coordenadora do Grupo Temático em Gênero e Saúde da ABRASCO entre 2004 e 2008, Villela, apontou que tomar gênero como categoria analítica para a compreensão das diferenças do processo saúde-doença é um caminho trabalhado com frequência por diferentes pesquisadores do campo da saúde coletiva e com resultados significativos. No entanto, a tradução destes resultados em ações programáticas no campo da saúde, tem sido buscada para além de sua simples utilização como uma categoria teórica abstrata na organização de ações práticas e, na visão de Villela (2020), é um desafio do SUS estimular os esforços desse tipo de reflexão nos profissionais de saúde. Apontar que o gênero não está referido a mulheres, unicamente, mas nas relações sociais que deixam as mulheres em desvantagem expondo-as a riscos desnecessário

a saúde é uma missão de pesquisadores (as), gestores (as) e da sociedade civil como um todo na produção de informações que facilitem o reconhecimento dessas interações entre desigualdade de gênero e processo saúde-doença.

Os estudos acima nos mostram como a saúde da mulher e da população negra é um campo rico para pesquisas e reflexões tanto na área da saúde coletiva e saúde das populações como, também, para investigações na área das políticas públicas que visem apontar caminhos para a efetiva implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra na perspectiva da saúde da mulher negra.

Referências

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. 1.ed. São Paulo: Pólen, 2018.

ALFAIA, Carmelita da Cunha. **Violência contra a mulher negra: efeitos sobre suas relações socioeconômicas e afetivas**. 2019. Dissertação (Mestrado em Segurança Pública) – Programa de Pós-Graduação em Segurança Pública, Universidade Federal do Pará, Belém, 2019.

ALMEIDA, Maria Vilma Bonifácio de. **Caminhos da Política Nacional de Saúde da população negra: ideias, atores, interesses e institucionalidade**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

BATISTA, Luís Eduardo; MONTEIRO, Rosana Batista; MEDEIROS, Rogério Araujo. **Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 681-690, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 29 jun. 2020.

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília, DF, 1988.

BRAVO, M. I. S. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2006.

CORREIA, Miraci dos Santos. **Análise da implantação da política de saúde da população negra no estado de Sergipe**. 2015. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Núcleo de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2015.

CRUZ, Isabel Cristina Fonseca da. A sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 448-457, Dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2020.

DAMASCO, Mariana Santos; MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 1, pág. 133-151, abr. de 2012.

FÓRUM ENFRENTANDO O RACISMO INSTITUCIONAL PARA PROMOVER SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA NO SUS, 2012, Brasília, DF. Relatório final sobre o fórum “enfrentando o racismo institucional para promover saúde integral da população negra no SUS”. Brasília, DF, 2012, p. 21-24. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio_forum_enfrentamento_racismo.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2020.

FRY, P. H. O significado da anemia falciforme no contexto da “política racial” do governo Brasileiro 1995-2004. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, v. 12, n. 2, p. 374-70, maio-ago. 2005.

FRY, Peter H. et al. AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 497-507, mar. 2007.

MAHER, Cristina Machado. **Nem tudo é estar fora: o movimento de mulheres negras e as articulações entre saúde e raça**. 2005. 146 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. **História, Ciências, Saúde** - Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 419-446, ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2020.

MONTEIRO, Rosana Batista. Educação permanente em saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação das relações étnico-raciais e para ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 524-534, set. 2016.

NUNES, Nilza Rogéria de Andrade. SOUZA, Patrícia Cristina Santana de. Para ficar em casa é preciso ter casa: desafios para as mulheres em situação de rua em tempos de pandemia. **Revista Augustus**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 51, p. 97-112, jul./out. 2020.

RISCADO, Jorge Luís de Souza; OLIVEIRA, Maria Aparecida Batista de; BRITO, Ângela Maria Benedita Bahia de. Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 96-108, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000600010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2020.

RODRIGUES, Adriana Severo. Raça, gênero e sistema prisional: relato de experiências com mulheres negras que cumprem penas em regime aberto ou semi-aberto. **Revista África e Africanidades**, Goiânia, ano 1, n. 3, nov. 2008.

ROSSI, P.; DWECK, E. Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação. **Cadernos Saúde Pública**, 2016. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/csp>. Acesso em: 02 jul. 2020.

SANTOS, Naila Janilde Seabra. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade à DST/HIV/aids. **Saúde e Sociedade**, 2016, vol.25, n.3, p.602-618.

SILVA, Leonice de Jesus; SOUZAS, Raquel. (Re) existência "Margarida" - mulher negra quilombola: identidade, religiosidade e o poder de cura na Chapada da Diamantina – BA. **ODEERE**, Jequié, v. 4, n. 7, jan./jun. de 2019.

SILVA, Natália Pereira da. **Femicídio**: Uma Análise Constitucional dos Fatores Sociais da Violência Contra Mulheres Negras no Brasil. Conteúdo Jurídico, Brasília, 2019. Disponível em: <[https://conteudojuridico.com.br/consulta/artigos/53720/femicidio-uma-anlise-constitucional-dos-fatores-sociais-da-violencia-contra-mulheres-negras-no-brasil](https://conteudojuridico.com.br/consulta/artigos/53720/femicidio-uma-analise-constitucional-dos-fatores-sociais-da-violencia-contra-mulheres-negras-no-brasil)>. Acesso em: 01 dez. 2020.

TAVARES, Helen Hana Fernandes Florianópolis et al. Análise e perspectiva sobre a formação do profissional de saúde para o atendimento à mulher negra. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, Florianópolis, v. 15, n. 28, p.19-28, abr. de 2018.

VARGA, István van Deursen. "Racialização" das políticas de saúde? (Nota sobre as políticas de saúde para as populações negra e indígena). **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 178-181, ago. 2007.

VARGA, István van Deursen; CARDOSO, Raimundo Luís Silva. Controle da hipertensão arterial sistêmica na população negra no Maranhão: problemas e desafios. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 664-671, set. 2016.

VIEGAS, Deuzilene Pedra; VARGA, István van Deursen. Promoção à saúde da mulher negra no povoado Castelo, Município de Alcântara, Maranhão, Brasil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 619-630, 2016.

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

SOBRE AS AUTORAS

Soraya Mendes R. Adorno

Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

E-mail: sorayaadorno@uesb.edu.br

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2603-7712>

Ana Angélica Leal Barbosa

Docente do Programa de Pós-graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

E-mail: aabarbosa@uesb.edu.b

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3877734201820260>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0370-202X>

Alba Benemérita Alves Vilela

Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

E-mail: abavilela@uesb.edu.br

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4515220905572869>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1187-0437>

Recebido em: dia de mês de ano

Aprovado em: (O editor preenche a data de aprovação, se for o caso)

Publicado em: (O editor preenche a data de publicação se for o caso)

Recebido em: dia de mês de ano

Aprovado em: (O editor preenche a data de aprovação, se for o caso)

Publicado em: (O editor preenche a data de publicação se for o caso)

SABERES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE SOBRE SAÚDE DA MULHER NEGRA

Soraya Mendes R. Adorno¹
Ana Angélica Leal Barbosa²
Alba Benemérita Alves Vilela³

RESUMO

Pesquisa realizada com o objetivo de conhecer os saberes dos profissionais de saúde que atendem nas Unidades Básicas de Saúde de um município do interior baiano sobre saúde da mulher e da população negra, identificando ações realizadas para o atendimento da saúde das mulheres, como presumíveis desdobramentos daqueles saberes. Ao mesmo tempo buscou identificar se tais profissionais conheciam a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. O estudo contou com a participação, entre homens e mulheres, de 28 profissionais de saúde das mais variadas formações que atuam nas Unidades Básicas de Saúde da referida cidade. Trata-se de pesquisa de abordagem qualiquantitativa, cujos dados foram produzidos por meio de um questionário criado no *Google Forms* com o link disponibilizado via *WhatsApp* aos participantes. Os dados obtidos nos formulários foram analisados à luz da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, processados pelo *software* DSCsoft, o mesmo construído a partir das falas desses profissionais evidenciou que a maioria pouco conhece a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, da mesma forma que pouco conhece as especificidades de saúde da mulher negra; para eles os conhecimentos de saúde da mulher de modo geral são suficientes para o cuidado à saúde das mulheres negras. Ao mesmo tempo, a pesquisa demonstrou que os profissionais, em sua maioria, não relacionam racismo à desigualdades sociais e econômicas ou a falta de direitos à precárias condições de saúde e acesso a serviços públicos de saúde, ou seja, não relacionam discriminação racial com exclusão social. Tais evidências demonstraram a necessidade de promover alguma ação educativa/informativa sobre o tema e foi criada uma conta no Instagram para veiculação de informações dessa área. O estudo revela a importância de pesquisas que versem sobre a saúde a partir do recorte de raça e gênero, para melhor entender como se dá essas relações no âmbito das políticas públicas em saúde, propondo inclusive intervenções.

Palavras-chave: Saúde da mulher negra; Políticas de saúde; Profissionais de Saúde; Racismo Institucional.

¹ Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

² Docente do Programa de Pós-graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

³ Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

KNOWLEDGE OF HEALTH PROFESSIONALS AT BASIC HEALTH CARE UNITS IN A CITY OF THE BAHIA'S INTERIOR CITY ABOUT HEALTH OF THE BLACK WOMAN

ABSTRACT

Research carried out with the objective of knowing the knowledge of health professionals who attend Basic Health Units (Unidades Básicas de Saúde - UBS) in a Bahia's interior city on the health of women and the black population, identifying actions taken to care for women's health, as presumed developments of those knowledges. At the same time, it sought to identify whether such professionals knew the National Policy for Comprehensive Health of the Black Population. The study counted with the participation, among men and women, of 28 health professionals from the most varied backgrounds who work in the Basic Health Units of that city. It is a qualitative and quantitative research, whose data were produced through a questionnaire created on Google Forms with the link made available by way of WhatsApp to the participants. The data obtained in the forms were analyzed through the Collective Subject Discourse technique, processed by the DSCsoft software, that was made from the speeches of these professionals and shows that the majority has a poor knowledge of the National Policy of Integral Health of the Black Population, in the same way they have a poor knowledge about the health specificities of black women; for them, women's health knowledge in general is sufficient for the health care of black women. At the same time the research showed that most professionals do not relate racism to social and economic inequalities or the lack of rights to precarious health conditions and access to public health services, that is, they do not relate racial discrimination to social exclusion. Such evidence demonstrated the need to promote some educational/informational action about the topic and an account on Instagram was created to transmit information in this area. The study reveals the importance of research that deals with health from the perspective of race and gender, in order to better understand how these relations, occur within the scope of public health policies, including proposing interventions.

Key words: Black Women's Health; Health Policies; Health Professionals; Institutional Racism.

LA SALUD DE LAS MUJERES NEGRAS Y EL RACISMO INSTITUCIONAL: LO QUE DICEN LAS USUARIAS DE UNIDADES BÁSICAS DE SALUD EN EL INTERIOR DE BAHIA

Soraya Mendes R. Adorno¹
Ana Angélica Leal Barbosa²
Alba Benemérita Alves Vilela³

RESUMEN

Con la finalidad de cumplir con el objetivo de evaluar la asistencia a la salud de las mujeres negras atendidas en Unidades Básicas de Salud en un municipio del interior de Bahía, bajo la perspectiva de un supuesto racismo institucional, se elaboró una propuesta de estudio que dio origen a este manuscrito. Al mismo tiempo, se buscó identificar si estas mujeres conocían la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra. Se trata de una investigación de abordaje cualitativa y cuantitativa. El estudio contó con la participación de 15 mujeres, usuarias de servicios de salud en Unidades Básicas de Salud de esa ciudad. Debido al aislamiento social por razón de la pandemia Covid-19, las entrevistas se realizaron a través de la Plataforma Google Meet en seis sesiones (dos sesiones con tres usuarias, tres con dos usuarias y tres con apenas una de cada vez) que se grabaron de septiembre a noviembre de 2020 y posteriormente transcrito y analizado a la luz de la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo. El Discurso del Sujeto Colectivo que se construyó a partir de las alegaciones de estas mujeres mostró que desconocen la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra ni las enfermedades más recurrentes a esta población. Al mismo tiempo, la encuesta mostró que las usuarias, en su mayoría, identificaron más de una situación de racismo con ellas o con terceros en las instalaciones de las Unidades Básicas de Salud a las que asisten. Dicha evidencia mostró la necesidad de promover alguna acción educativa/informativa sobre el tema y se creó una cuenta en Instagram para transmitir informaciones de esa área. El estudio revela la importancia de la investigación que aborde la salud desde la perspectiva de raza y género, para comprender mejor cómo se dan estas relaciones en el ámbito de las políticas públicas de salud, proponiendo, incluso intervenciones.

Palabras claves: salud de la mujer negra; Políticas de salud; Usuarias de servicios de salud; Racismo Institucional y Estructural; Instagram

¹ Estudiante de doctorado del Programa de Posgrado en Salud y Enfermería de la Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

² Profesora del Programa de Postgrado en Relaciones Étnicas y Contemporaneidad de la Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

³ Profesora del Programa de Posgrado en Salud y Enfermería de la Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Artigo a ser submetido a Revista Cubana de Enfermería ISSN 1561-2961
SABERES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE SOBRE SAÚDE DA MULHER NEGRA

Soraya Mendes Rodrigues Adorno^{1*}, <https://orcid.org/0000-0002-2603-7712>

Ana Angélica Leal Barbosa¹, <https://orcid.org/0000-0002-0370-202X>

Alba Benemérita Alves Vilela¹, <https://orcid.org/0000-0002-1187-0437>

¹Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

*Autor correspondente: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Jequiezinho. CEP: 45200-000. Telefone: E-mail: sorayaadorno@uesb.edu.br.

RESUMO

Introdução: Pesquisa realizada que aponta os saberes dos profissionais de saúde que atendem nas Unidades Básicas de Saúde de um município do interior baiano sobre saúde da mulher e da população negra, identificando ações realizadas para o atendimento da saúde das mulheres, como presumíveis desdobramentos daqueles saberes. Ao mesmo tempo buscou identificar se tais profissionais conheciam a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Objetivo: conhecer os saberes que estes profissionais tinham em torno da PNSIPN e da saúde da mulher e da população negra.

Métodos: O estudo contou com a participação, entre homens e mulheres, de 28 profissionais de saúde das mais variadas formações que atuam nas Unidades Básicas de Saúde da referida cidade. Trata-se de pesquisa de abordagem qualiquantitativa, cujos dados foram produzidos por meio de um questionário criado no *Google Forms* com o link disponibilizado via *WhatsApp* aos participantes. Os dados obtidos nos formulários foram analisados à luz da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, processados pelo *software* DSCsoft.

Resultados: O discurso construído, a partir das falas desses profissionais, evidenciou que a maioria pouco conhece a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, da mesma forma que pouco conhece as especificidades de saúde da mulher negra; para eles

os conhecimentos de saúde da mulher de modo geral são suficientes para o cuidado à saúde das mulheres negras. Ao mesmo tempo, a pesquisa demonstrou que os profissionais, em sua maioria, não relacionam racismo à desigualdades sociais e econômicas ou a falta de direitos à precárias condições de saúde e acesso a serviços públicos de saúde, ou seja, não relacionam discriminação racial com exclusão social.

Conclusão: As evidências demonstraram a necessidade de promover alguma ação educativa/informativa sobre o tema e foi criada uma conta no Instagram para veiculação de informações dessa área. O estudo revela a importância de pesquisas que versem sobre a saúde a partir do recorte de raça e gênero, para melhor entender como se dá essas relações no âmbito das políticas públicas em saúde, propondo inclusive intervenções.

Palavras-chave: Saúde da mulher negra; Políticas de saúde; Profissionais de Saúde; Racismo Institucional.

INTRODUÇÃO

O atendimento público em saúde, via SUS, tem como princípios a universalidade, a equidade e a humanização das práticas médicas dos profissionais de saúde. Entretanto, existem mecanismos institucionais que atuam como políticas de exceção, que delimitam zonas diferenciadas de acesso à cidadania, através de marcadores como raça, classe e gênero. Pesquisas realizadas desde os anos 2000, nos apresentam o perfil das desigualdades raciais no acesso a serviços e a procedimentos de saúde, além de diferenças de morbimortalidades, como mortalidade materna e infantil ou doenças de maior incidência que recaem sobre a população negra.⁽¹⁻⁷⁾

Tais estudos demonstram que a discriminação racial está na estrutura das desvantagens a que são submetidas as minorias étnico-raciais no Brasil e no mundo. Tais desvantagens se dão, não apenas na saúde, mas também na educação, nas oportunidades de trabalho, no acesso à justiça como tem demonstrado em diversos estudos.⁽⁸⁻¹⁴⁾ Na saúde, a todo momento, os números registram os índices de mortalidade materna e infantil por causas evitáveis, a incidência de doenças cerebrovasculares, o adoecimento mental, entre outros.

E o que dizer da mortalidade precoce da juventude negra, geralmente resultante de situações de violência, em sua grande maioria homens pretos? Esses dados chegam a desestimular mulheres negras a procriar, a passar pela situação de ver seus filhos saírem

de casa, para a escola ou o trabalho, vivendo a incerteza do retorno seguro, após serem abordados pela polícia ou pelos seguranças de estabelecimentos comerciais.

A saúde nesse contexto, faz parte da preocupação dos movimentos sociais de recorte racial, principalmente de mulheres negras, que buscam soluções equitativas para os problemas de acesso a serviços públicos de saúde. Pesquisas, como acima apresentadas, têm interpelado o Estado brasileiro, para que este reconheça a existência de um problema de saúde pública, que envolve a população negra: o racismo estrutural e, sobretudo, o racismo institucional. O racismo tem produzido efeitos perversos, inclusive, nas políticas de acesso à saúde da população negra o que, no limite, define quem tem direito a viver ou quem é deixado para morrer neste país. Nesse sentido, a pandemia de Co-19 nos dá uma triste visão da biopolítica e do exercício do biopoder por parte dos representantes do Estado como nos mostram vários estudos.⁽¹⁵⁾

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) existe desde 2009 (Portaria nº 992/2009) e tem seus princípios voltados para a melhoria das condições de saúde da população negra e a observação das peculiaridades da saúde e morbidades dessa população. No entanto, nos indagávamos se os profissionais de saúde que atuam na atenção básica de saúde na cidade de Jequié tinham conhecimento de sua existência e, tendo conhecimento, o que sabiam sobre a PNSIPN e sua aplicação. Tomamos a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) como balizadoras na identificação e análise dos saberes dos profissionais de saúde acerca das especificidades de cuidado e acompanhamento da saúde e morbidades das mulheres negras.⁽¹⁶⁾ Tanto a PNSIPN como a PNAISM trazem a discussão e implementação de práticas de saúde direcionadas a saúde da mulher negra, como podemos constatar conforme os objetivos definidos pela PNAISM:

- Melhorar o registro e produção de dados;
- Capacitar profissionais de saúde;
- Implantar o Programa de Anemia Falciforme (PAF/MS), dando ênfase às especificidades das mulheres em idade fértil e no ciclo gravídico-puerperal;
- Incluir e consolidar o recorte racial/étnico nas ações de saúde da mulher, no âmbito do SUS;
- Estimular e fortalecer a interlocução das áreas de saúde da mulher das SES e SMS com os movimentos e entidades relacionados à saúde da população negra.^(16:71-72)

O SUS quando cria políticas de cuidado e atenção a segmentos mais vulneráveis, econômica e socialmente, da população brasileira, apresenta também ações e estratégias para a implementação dessas políticas, incluindo ações de Educação Permanente em Saúde para os profissionais de saúde. Assim, visando melhorias no atendimento à saúde da população negra, a PNSIPN invoca em sua primeira diretriz a “Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde”.^(17:31) Essa diretriz nos trouxe a seguinte inquirição: Os profissionais de saúde que atendem nas Unidades de Atenção Básica de Saúde (UBS) no município de Jequié conhecem a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e as especificidades de atenção à saúde dessa população?

A PNSIPN trouxe avanços nas discussões que relaciona saúde e etnia, principalmente no que diz respeito a universalização da saúde com integralidade, equidade e participação social, mesmo assim, a pesquisadora constata não haver no cotidiano das instituições de saúde, mecanismos explícitos de superação das barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde, particularmente aquelas interpostas pelo racismo (estrutura e institucional).⁽¹⁸⁾ Isso se dá, pela falta de conhecimento e pelo despreparo dos profissionais de saúde sobre essa questão.⁽¹⁸⁾ Com esse entendimento, investigamos os profissionais da saúde que atuam nas Unidades de Atenção Básica de Saúde com o objetivo de conhecer os saberes que estes profissionais tinham em torno da PNSIPN e da saúde da mulher e da população negra.

MÉTODOS

Estudo se encontra denominado como uma pesquisa qualitativa por entendermos que ao buscar a compreensão da percepção dos profissionais de saúde inseridos na Atenção Básica de Saúde, este modelo de estudo nos trouxe caminhos para a melhor compreensão dele. Os dados da pesquisa de campo foram obtidos utilizando-se do recurso de questionários aplicados aos sujeitos da pesquisa, os profissionais de saúde das UBS de Jequié/BA. Por conta do isolamento social até então, único e mais eficaz recurso contra a infecção por Co-19, aplicamos, para os profissionais de saúde, um questionário no formato *Google Forms* com 28 questões.

Os dados coletados via formulários do *Google Forms* foram analisados à luz da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo.⁽¹⁹⁾ O sujeito coletivo se expressa sob a forma de

discursos emitidos na primeira pessoa, mas essa pessoa é “coletiva do singular”, se configurando como uma forma de fazer o coletivo se pronunciar, falar, como se fosse, na percepção de uma “pessoa coletiva”.⁽²³⁾

Desta forma, o pesquisador do DSC deve fazer uma síntese dos conteúdos das falas da coletividade dos seus depoentes, que deverá ser redigida na primeira pessoa do singular, para ser apresentada como um discurso único – o Discurso do Sujeito Coletivo. A construção linguística desse discurso único requer a utilização, se necessário, de conectivos. Neste caso, também eliminamos elementos que evidenciassem o gênero do participante profissional da saúde. Os dados obtidos nos formulários dos profissionais da saúde foram preliminarmente analisados pelo *software* DSCsoft, desenvolvido pelos idealizadores da técnica do DSC e criadores do antigo Qualiquantisoft, a saber Fernando Lefèvre e Ana Maria C.⁽²³⁾

Esse novo e mais atualizado *software*, têm o objetivo de facilitar a realização de pesquisas qualiquantitativas, que utilizam a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo e tem como premissa ser um recurso facilitador do trabalho do pesquisador. Entretanto, ele não substitui, obviamente, o papel do pesquisador, do humano que discute e analisa os dados, as falas e que transforma a fala individual em fala coletiva. Ou seja, o DSCsoft “não faz nada pelo pesquisador, mas faz muita coisa para o pesquisador”, possibilitando que o pesquisador se concentre nas tarefas de detecção e análise dos sentidos dos depoimentos.

O estudo cumpre os princípios éticos da pesquisa com seres humanos, segundo a Resolução nº 466, de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde e faz parte de projeto multicêntrico intitulado “O Processo de Trabalho na Atenção Básica: Desafios na Consolidação de um Modelo de Atenção à Saúde” que se constitui como pesquisa de natureza qualitativa, que aborda o processo de trabalho em saúde na Atenção Básica em quatro municípios do Estado da Bahia, objetivando analisar ações de trabalho e afazeres em saúde e os desafios para a consolidação do modelo de atenção à saúde na Rede de Atenção Básica em Municípios Baianos. O projeto foi aprovado em parecer de Nº 1.889.636, exarado em 10 de janeiro de 2017. Assim, a pesquisa está em conformidade com os critérios estabelecidos pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Houve a anuência dos sujeitos da pesquisa, os profissionais da saúde, todas e todos tiveram ciência e anuência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Iniciaremos a análise dos formulários preenchidos pelos(as) profissionais de saúde que atendem em qualquer uma das Unidades Básicas de Saúde do município de Jequié. O questionário semiestruturado aplicado foi composto por 28 questões divididas em dois grupos, um com 18 questões objetivas de múltipla escolha e outro grupo com 10 questões de natureza discursiva, sempre alinhadas a alguma proposição objetiva anterior. Para que o(a) depoente tivesse acesso a essas questões ele tinha que primeiro validar o aceite no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a não validação impedia o acesso ao questionário.

Esse trabalho de levantamento de dados e aqui sistematizados, foi realizado pelo compartilhamento do *link* do questionário *Google Forms* aos sujeitos da pesquisa, via mensagem de texto transmita pela rede social *WhatsApp*. Os sujeitos foram selecionados aleatoriamente a partir de lista de contatos conseguida via coordenadores(as) de algumas Unidades Básicas de Saúde de Jequié e, muitos desses contatos colaboraram na ampliação dessa lista, indicando à pesquisadora outros colegas para participarem da investigação. Enviamos convite para 45 profissionais de diversas especialidades da área da saúde e, mesmo sem obtermos retorno, enviamos também o *link* de acesso ao questionário do *Google Forms*. Do conjunto de compartilhamento disparado, 28 profissionais responderam ao questionário, trazendo um importante volume de dados para construção do DSC dos profissionais de saúde.

Foram levantados pontos relacionados, tanto ao perfil sócio demográfico dos sujeitos, quanto aos conhecimentos prévios de políticas especiais de saúde da população negra e das mulheres negras, além de um breve levantamento de dados acerca da Co-19, motivado pela pandemia e pela percepção que esta impactava de forma diferenciada a vida e a saúde da população negra, especialmente das mulheres negras brasileiras.

Dessa análise pretendemos descrever a composição hegemônica de profissionais atuantes nas UBS, suas atuações referentes as políticas públicas voltadas a grupos especiais (mulheres negras) e suas vivências acerca das dificuldades e desafios encontrados no cotidiano profissional de cada um. Propomos entender, até certa medida, como determinadas ações, às quais esses profissionais estão sujeitos, podem impactar na forma de atendimento às diversas usuárias dos serviços prestados. Além desses aspectos é possível, ainda, a utilização dessas descrições e o entendimento delas, como parâmetros para projetos de soluções viáveis direcionadas às problemáticas existentes e detectadas.

Os profissionais entrevistados foram na sua maioria mulheres (82,1%), refletindo a realidade dessa área profissional em todo o território nacional, inclusive em escala global, como aponta Pisani (2020), quando afirma que 70% da força de trabalho na área de saúde é formada por mulheres. Quanto a auto declaração étnica, 71,4% se identificam como pardos e apenas 10,7% como negros (Figura 1).

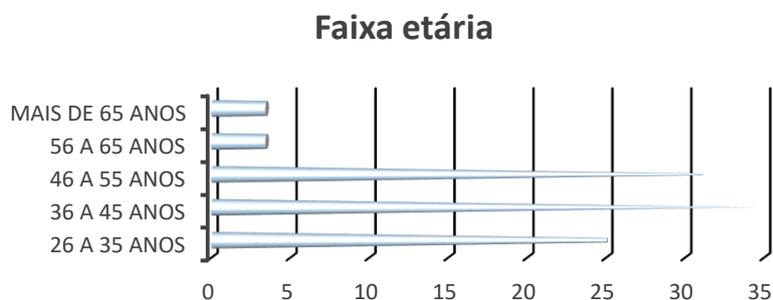
Figura 1: Auto declaração étnico-racial dos profissionais



Fonte: Arquivos da Pesquisa

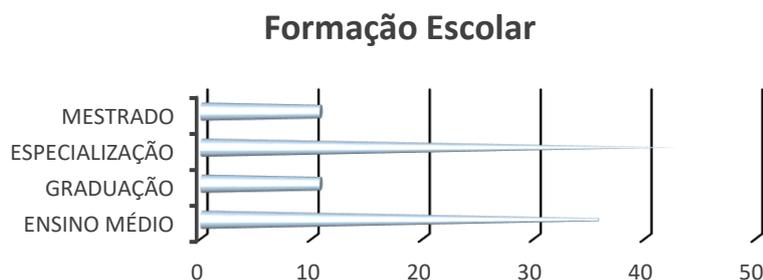
A grande maioria dos profissionais têm entre 36 e 55 anos (35,7%) e não houve nenhum profissional na casa dos 18 a 25 anos de idade. O nível de escolaridade predominante e homogeneamente distribuído está entre o ensino médio (37,7%), majoritariamente na função de Agentes Comunitários de Saúde, e a pós-graduação com 53,6% (42,9% especialistas e 10,7% mestres), conforme Figuras 2 e 3 abaixo.

Figura 2: Faixa etária dos profissionais



Fonte: Arquivos da Pesquisa

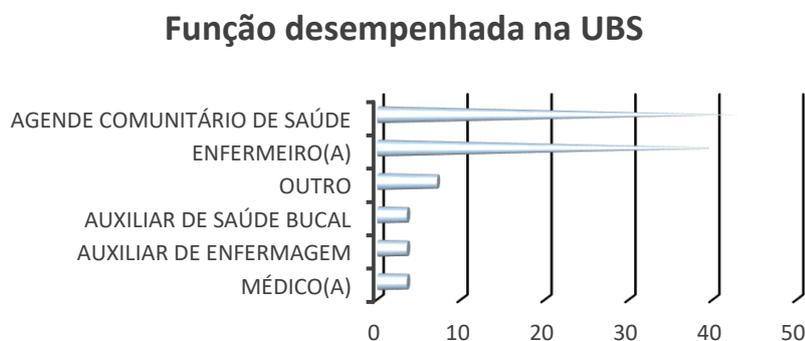
Figura 3: Nível de escolarização dos profissionais



Fonte: Arquivos da Pesquisa

Encontramos apenas um(a) médico(a), um(a) auxiliar de enfermagem e um(a) assistente de saúde bucal representando 3,6% cada, já os(as) agentes comunitários(as) de saúde e os(as) enfermeiros(as) foram as categorias com maior representação entre os profissionais das UBS, 42,9% e 39,3% respectivamente (Figura 4). Esses dados demonstram que, quem desenvolve o trabalho mais intenso de acompanhamento à saúde da população atendida pelas UBS são os(as) agentes de saúde e os(as) enfermeiros(as), o que explica a distribuição dos níveis de escolarização da amostra.

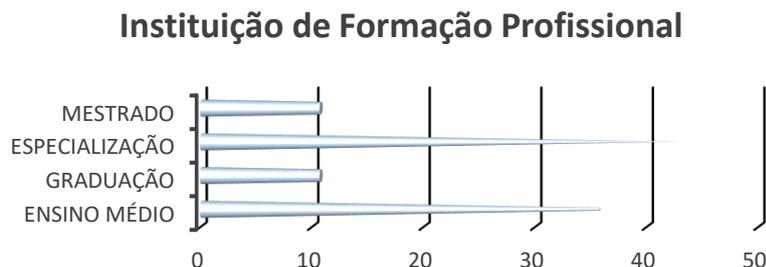
Figura 4: Função desempenhada na UBS



Fonte: Arquivos da Pesquisa

Conforme apresentado pela Figura 5, os entrevistados quase em sua totalidade foram formados em instituições de ensino da própria cidade de Jequié, o maior quantitativo foram os formados pela UESB (33%), seguido pelo Instituto Educacional Régis Pacheco (IERP), 21,5%. Esse dado tem, a nosso ver, relação direta com o fato de que 82,1% nasceram na própria cidade. Um quantitativo de 82,2% dos entrevistados trabalha na área da saúde há mais de 11 anos, sendo que 75% estão na mesma função e atuando na mesma UBS.

Figura 5: Instituição de Formação Profissional



Fonte: Arquivos da Pesquisa

Em dado momento do questionário, os profissionais foram estimulados a responderem questões relacionadas a temática do racismo e saúde da população negra durante a formação profissional. Quando questionados se na instituição de ensino que foram profissionalmente formados o tema “Racismo” fez parte das discussões e ações educativo-formativas, 53,6% afirmaram que houve tais discussões e que se deram em conteúdo de unidades curriculares, entretanto 17,9% sequer se recordavam de tais discussões (Figura 6) e 28,5% afirmaram categoricamente não terem tido a oportunidade de vivenciar tais discussões em sala de aula.

Figura 6: Tema Racismo na Formação Profissional



Fonte: Arquivos da Pesquisa

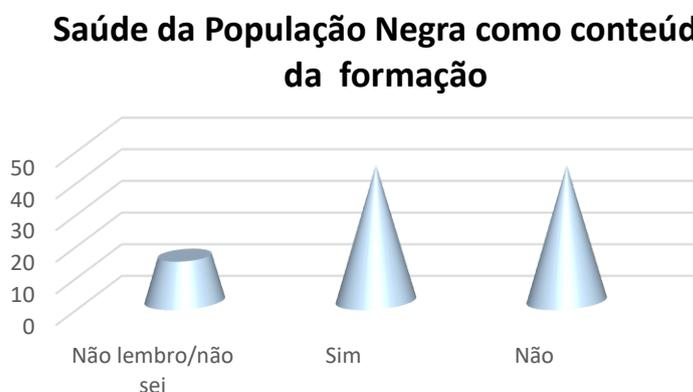
Esse dado por si só já demonstra uma problemática, ao apresentar que quase metade de um conjunto de profissionais de saúde, atuantes a mais de 11 anos, declararam que não tiveram ou não se lembravam de discussões acerca do racismo em sua formação acadêmica, demonstrando como a academia durante muito tempo invisibilizou (e ainda

invisibiliza) as questões relacionadas a discriminação racial nas salas de aula das universidades e centros de ensino de formação profissional.

Quando provocados(as) a responderem sobre a presença de discussões sobre a Saúde da População Negra durante algum período de sua formação profissional, mais da metade respondeu que não tiveram ou não se lembravam de ter estudado tal tema (Figura 7). Os dados não são de forma alguma contraditórios, pois era de se esperar que profissionais que não tiveram discussões sobre racismo em sua formação, também, a princípio, não poderiam ter discutido sobre a Saúde da População Negra, visto que a PNSIPN tem o racismo como um de seus fundamentos.

Esses percentuais nos inquietam e corroboram com alguns estudos,^(18,21) quando elas apresentam a falta de problematização desses temas na formação acadêmica e profissional das trabalhadoras e trabalhadores da saúde. Alguns cursos de graduação e pós-graduação (em todos os níveis) que tenham esse viés curricular podem produzir maior engajamento e motivação em seus estudantes, contribuindo para a implementação, de fato, das ações previstas na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.⁽²¹⁾

Figura 7: Conteúdo “Saúde da População Negra” durante a formação profissional



Fonte: Arquivos da Pesquisa

Com relação ao tema de saúde das mulheres negras: quando questionado aos profissionais se nas UBS que eles trabalham existiam ações de saúde direcionadas às mulheres negras, apenas quatro (14,2%) dos profissionais responderam positivamente e, mesmo assim, todas foram ações direcionadas às mulheres em geral (como palestras e exames ginecológicos). Sobre a necessidade de os profissionais de saúde terem conhecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a maioria

absoluta (89,3%) respondeu ser necessário, mas poucos explicitaram em forma de ações como esse conhecimento poderia ser socializado no âmbito da UBS.

As perguntas discursivas do questionário tiveram como objetivo, colher dados que nos possibilitasse construir o discurso coletivo dos profissionais de saúde, sobre aspectos das políticas públicas de saúde voltadas para a população e mulher negra, no que diz respeito ao conhecimento da existência da PNSIPN, o conhecimento das características da saúde das mulheres negras e quais ações poderiam ser implementadas, visando ampliar esses conhecimentos e saberes, tanto para profissionais, quanto para usuárias dos serviços de saúde.

Esta técnica, Discurso do Sujeito Coletivo, nos mostra que é plenamente possível reunir distintos discursos ou pensamentos, de um ou de vários conjuntos de indivíduos sob categorias únicas, descrevendo os sentidos desse(s) coletivo(s) de indivíduos, de falas. O DSC lança mão, tanto de uma categoria unificadora, chamada de Ideia Central ou Ancoragem, quanto de um conteúdo unificador, que é o próprio Discurso do Sujeito Coletivo, podendo preservar o caráter discursivo do pensamento dos sujeitos.⁽²²⁾

Abaixo, apresentamos os DSC construídos a partir da análise das respostas dadas pelos profissionais às três perguntas que sintetizam nossas inquietações de pesquisa. Tais perguntas representam os DSC 1, DSC 2 e DSC 3, apresentados nas Tabelas 1, 2 e 3, respectivamente, seguidos das Ideias Centrais (IC) de cada discurso, por nós apreendidas.

Tabela 1: DSC 1 e IC 1 – Você tem conhecimento que existe uma Política Nacional de Saúde Integral da População Negra? Onde você teve contato com ela?

DSC 1: Você tem conhecimento que existe uma Política Nacional de Saúde Integral da População Negra? Onde você teve contato com ela?

Os cursos da plataforma do UnaSus foram uma fonte de contato e conhecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) para mim. O site do Ministério da Saúde também me informou sobre a PNSIPN. Conheci essa política durante a graduação em projetos de algumas disciplinas, ao estudar política de universalização do SUS e nos cursos de extensão sobre população quilombola oferecidos pelo ODEERE⁷/UESB. Ainda assim, senti falta desses conteúdos em alguns pontos de minha jornada, pois em alguns momentos, simplesmente não tive contato com muitos desses conteúdos. Por sorte essa pesquisa me motivou a conhecer mais sobre o tema.

⁷ ODEERE, fundado em 2005, é um projeto multicêntrico de perspectiva interdisciplinar, que congrega ações de ensino, pesquisa e extensão, a partir das relações étnicas, de gênero e sexualidades. Para maior compreensão acerca deste Órgão e de suas diferentes ações, veja Santana (2014).

Ideia Central:

A Universidade (graduação ou cursos de extensão) e o UnaSUS são os promotores de saberes/conhecimentos sobre o tema da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Fonte: Arquivos da Pesquisa

Tabela 2: DSC 2 e IC 2 – Quais seus saberes/conhecimentos sobre a saúde da mulher negra?

DSC 2: Quais seus saberes/conhecimentos sobre a saúde da mulher negra?

Eu conheço sobre saúde da mulher em geral e algumas condições epidemiológicas que envolvem a mulher negra em suas diversas dimensões, considerando suas características étnico-raciais como cultura, identidade e genética. De uma forma geral, sei que algumas doenças são mais ligadas a mulher negra, como hipertensão e mioma. Descobri que gênero e raça influenciam nas ações de saúde, então saber, por exemplo, a origem de algumas populações me ajuda a entender como e porque elas são mais acometidas por algumas doenças. Entendi que, a predominância de alguns agravos na população negra podem ser patologias hereditárias, exposição a situações de risco e falta de garantia de acesso ao sistema público de saúde e que são coisas a serem superadas e não só na saúde, mas também em outros setores como a discriminação que essa população sofre em alguns ambientes. Ao mesmo tempo vejo que muitos não conhecem praticamente nada do assunto e, ainda assim, não concordam com políticas para grupos especiais por acharem excludentes e discriminatórias e afirmam que tratam com respeito qualquer clientela se baseando nos princípios do SUS.

Ideia Central: Conheço, tenho saberes e vejo necessidade de uma política especial para atender as especificidades da população negra, mas muitos não conhecem, não tem saberes e não vem a necessidade de uma política especial para nenhuma população.

Fonte: Arquivos da Pesquisa

Tabela 3: DSC 3 e IC 3 – O que poderia ser feito para que mais profissionais da saúde tivessem acesso e conhecimento dessa Política especialmente sob a perspectiva da saúde da mulher negra?

DSC 3: O que poderia ser feito para que mais profissionais da saúde tivessem acesso e conhecimento dessa Política especialmente sob a perspectiva da saúde da mulher negra?

Palestras, cursos e debates na universidade. Divulgação da política e capacitação dos profissionais. Formação profissional com inclusão do tema em serviços de educação continuada e permanente em saúde, além de inclusão desse tema nas ações das Secretarias Municipais de Saúde. Muita coisa pode ser feita, como: atender comunidades quilombolas dentro de suas necessidades; saber quais doenças são mais suscetíveis à população negra para prevenção e cuidados; atualizar e capacitar os profissionais de saúde; transversalização nos currículos formativos em saúde e ações de educação permanente. Entretanto, alguns profissionais não veem tanta necessidade, já que são os gestores que devem reconhecer a importância do tema, implementando ações que garantam os direitos de todos, não apenas de negros, e sim de tantas outras populações vulneráveis da sociedade.

Ideia Central: Educação permanente em saúde, formação profissional nas universidades via reformulação curricular, realização de ações diretas nas comunidades, mas garantindo o direito de todos a saúde.

Fonte: Arquivos da Pesquisa

Pelo exposto, vimos que os profissionais de saúde, que atendem em Unidades Básicas de Saúde no município de Jequié, sabem pouco ou quase nada sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, as especificidades de saúde da mulher negra (da população negra de modo geral) e nem mesmo sobre a relação entre racismo e exclusão dos serviços públicos de saúde (e exclusão social). Para os afrodescendentes o acesso aos serviços de saúde esbarra no maior dos obstáculos:

a presença do racismo na sociedade brasileira que torna a vida do negro mais difícil em todos os aspectos e **a falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre noções de igualdade, sobre os direitos e a saúde da pessoa negra** (grifos nossos).^(23:4)

Essa constatação nos obriga a pensar estratégias e ações que preencham essa lacuna na formação inicial e permanente desses profissionais, com o propósito de veicular informações/conhecimentos para que as UBS tenham, em seus protocolos de atendimento

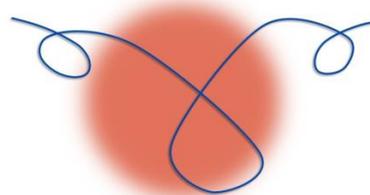
e planejamento estratégico, ações voltadas para essa parcela da população, visando questionar atitudes e conceitos que, de alguma forma, impedem a superação do racismo. Os próprios profissionais, em sua maioria (69, 3%), expressam essa necessidade e reconhecem essa lacuna na sua formação profissional, ao mesmo tempo, que chamam as universidades para preencher essa lacuna, seja na reformulação de seus currículos, seja na formação continuada via ações extensionistas.

Ao mesmo tempo, vemos que a criação de espaços virtuais (*Facebook, Instagram, blogs, grupos de WhatsApp* etc.) de debate e informação qualificada, pode se configurar como um instrumento de livre e facilitado acesso a esses profissionais e a população em geral, aos mais variados e importantes temas acerca da saúde da mulher e da população negras.⁽²⁴⁻²⁵⁾

Numa tentativa de oferecer tais informações e, de alguma forma, preencher parte dessa lacuna apresentada pelos profissionais entrevistados, criamos uma conta na rede social *Instagram*, sob o domínio “mulher.negraesaude” (Figura 8), desde o mês de janeiro de 2021. Esta conta objetiva apresentar/dar ciência à população de modo geral e aos profissionais da saúde sobre a PNSIPN, além de balizar saberes e divulgar novas práticas de saúde para a população negra e da mulher negra em especial, levando em consideração também, neste momento, a pandemia de Co19 e a segurança sanitária.

Realizamos, também, algumas enquetes com o fim de nos orientar quanto aos temas/assuntos que mereceriam ser veiculados a partir de informações fiéis cientificamente e provenientes de fontes confiáveis, para serem postadas numa linguagem mais informal e acessível.

Figura 8: Identidade Visual - *Instagram* Mulher Negra e Saúde



<https://www.instagram.com/mulher.negraesaude/>
Gmail: mulher.negraesaude@gmail.com
ID: [mulher.negraesaude](https://www.instagram.com/mulher.negraesaude/)

Fonte: Arquivos da Pesquisa

O *Instagram* foi criado visando atender não só os profissionais, mas principalmente as pessoas comuns usuárias e usuários das instituições públicas de saúde. Por óbvio, não poderíamos propor que tal espaço virtual e informal pudesse suprir necessidades da ampla formação profissional de qualquer categoria. Justamente por esse entendimento, sabemos que as lacunas na formação dos profissionais de saúde, principalmente a inicial, requerem um trabalho mais formal e intenso, em espaços destinados a esse aprendizado, mesmo que seja por meio dos projetos extensionistas das universidades, especialmente as públicas que primam pelo ensino associado à pesquisa e esta (a pesquisa) como a demarcadora das ações de extensão.

Covid-19 e profissionais de saúde de Jequié: um quadro imperfeito

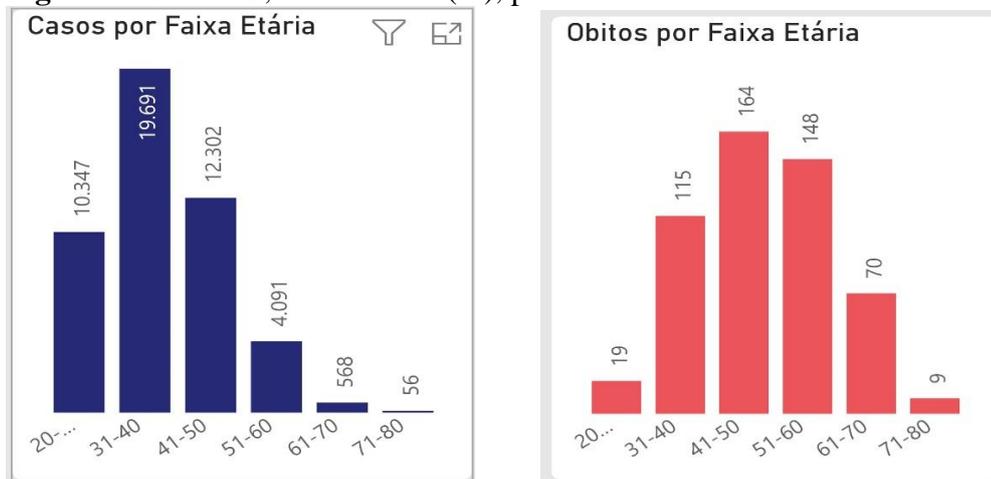
Levando em consideração a pandemia de Covid-19 e todas as dificuldades geradas por ela, vimos a necessidade de ilustrar, mesmo que forma tímida, a situação de contaminação por coronavírus entre os profissionais das UBS de Jequié. Assim, no mesmo questionário, perguntamos aos profissionais se eles haviam contraído a Covid-19: apenas três (12%) afirmaram que sim e os demais não contraíram a doença. Quanto a ter algum familiar, que divide a mesma casa, ter contraído a síndrome respiratória, quatro informaram que sim. Por outro lado, quase todos eles (84%) conhecem algum colega de trabalho que foi contaminado pela Covid-19, até o momento da pesquisa.

Ou seja, mesmo tendo um quantitativo baixo, até o momento das entrevistas, de depoentes infectados, o fato de informarem ter colegas que se infectaram num percentual tão alto, corrobora com o que vem sendo veiculado nos vários meios de comunicação e científicos, que os profissionais da saúde são a categoria profissional que mais sofre com os óbitos e a contaminação em serviço pelo novo coronavírus. As mortes por Covid-19 em 15 de janeiro de 2021 estavam no patamar de 208.246 vítimas no Brasil (covid.saude.gov.br) e 1.986.871 no mundo (<https://www.paho.org/pt/covid19>), sendo que destes números, 2,3% são de profissionais da saúde – enfermeiros, intensivistas, fisioterapeutas, médicos, técnicos de enfermagem entre outros – que desde o início da pandemia estavam na linha de frente no combate à doença e seus devastadores efeitos nos corpos e nas mentes de homens e mulheres de todas as classes sociais. Segundo a página do Observatório da Enfermagem, no Brasil a categoria profissional da saúde que mais se

infecta e morre de Co-19 são dos enfermeiros e enfermeiras, a atualização do dia 21/01/2021, mostra 47.005 casos reportados e 525 óbitos, com uma letalidade de 1,95% dos casos confirmados.

Diante de tal situação vale ressaltar que a Bahia é o segundo Estado da Federação em número de profissionais da enfermagem infectados (5.773), mas fica na 11ª colocação em casos de óbito (17), empatado com Goiás e Mato Grosso do Sul. A faixa etária com maior índice de mortalidade por Covid-19 é entre 41 e 50 anos, já a de maior número de infectados está um pouco abaixo entre 31 e 40 anos, conforme mostra a Figura 9.

Figura 9: Covid-19, Enfermeiros (as), por faixa etária



Fonte: Observatório da Enfermagem

A situação é tão preocupante que vários órgãos de pesquisa estão se debruçando sobre o tema, no Brasil, a Fiocruz lançou no dia 27 de julho passado, um estudo intitulado *Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19 no Brasil* com o objetivo de “conhecer as condições de vida e trabalho de médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e fisioterapeutas que atuam diretamente na assistência e no combate à pandemia do novo coronavírus”. O estudo tomou os dados de contaminação e morte por Covid-19 no Brasil até o dia 11 de julho de 2020, apresentados no Boletim Epidemiológico Especial nº 22 do Ministério da Saúde (180 mil casos de Covid-19 e 163 óbitos) como preocupações da pesquisa.

Desta forma, a Fiocruz firmou parceria com o Conselho Federal de Enfermagem e o Conselho Federal de Medicina. Os principais aspectos a serem investigados são: o ambiente trabalho e a jornada de atividade, o vínculo com a instituição, a vida do

profissional na pré-pandemia e as consequências do atual processo de trabalho, envolvendo aspectos físicos, emocionais e psíquicos desse contingente profissional.

Ao mesmo tempo que nos traz preocupação as condições de trabalho dos profissionais de saúde na pandemia, entendemos que os menos favorecidos foram os primeiros a morrer infectados pela Covid-19 no Brasil, foram morrendo aos poucos pela falta de trabalho, pela falta de alimento, pela falta de casa, pela falta de leitos nos hospitais públicos, pela falta de resistência à infecção respiratória (devido à falta sistêmica de condições materiais de vida), pela falta de oxigênio nos pulmões e nos hospitais, pela falta de humanidade dos poderes públicos.

CONCLUSÃO

A discriminação racial se mostra como um dos fatores estruturantes das desvantagens econômicas e sociais, enfrentadas por minorias étnico-raciais no Brasil. Discriminar racialmente um indivíduo é dispensar a ele um tratamento diferenciado pautado da raça (ou a outros fatores não justificados), que o coloca em desvantagem perante outros grupos raciais mais privilegiados.

As desigualdades raciais em saúde têm origem nas desigualdades econômicas. Ao mesmo tempo podemos afirmar que as limitações econômicas e sociais das populações étnicas marginalizadas, como indígenas e negros, no Brasil têm origem na segregação racial a que estas populações foram submetidas ao longo da história deste país. Segregação, que além de expropriar da terra, seja ela a brasilis ou em África, também impediu o acesso desses marginalizados aos bens mais elementares para uma vida digna, como moradia, educação, emprego, renda e saúde.

As diferenças socioeconômicas, então, se configuram nessa realidade como causa das desigualdades étnico-raciais que vão se acumulando na vida das famílias, acentuando o fosso social de geração em geração. Sugere-se que a discriminação racial, com seus efeitos próprios na saúde, encontra-se na origem de grande parte dessas desigualdades.

Essas reflexões corroboram com os dados da pesquisa, ora apresentada, que evidenciou que os profissionais da saúde que atendem nas UBS de Jequié, em sua maioria, não relacionam discriminação racial com exclusão ou dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde.

Assim, a diversidade cultural, com também as características genéticas, por si sós não explicam as diferenças contrastantes dos índices de morbimortalidade a partir do recorte étnico-racial. Na verdade, esses contrastes são resultantes de diferenças socioeconômicas que, como já evidenciado acima, foram se acumulando, como um círculo vicioso, ao longo da vida de sucessivas gerações de excluídos e marginalizados por uma sociedade que simplesmente se nega a enxergar suas ações e omissões racistas.

É um círculo tão fechado que dificulta sabermos quem provocou o que: ou as desigualdades sócias e econômicas resultam em discriminação racial ou a discriminação racial gera as desigualdades sociais e econômicas? Fica evidente, entretanto, que tanto uma proposição quanto outra, têm como desfecho o acesso restrito, senão negado, da população negra, mais ainda a mulher negra, aos serviços públicos de saúde de qualidade.

REFERÊNCIAS

- 1- Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2005 [acesso em 2021 Jan 25];21(5):1586-94. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500033&lng=en&nrm=iso
- 2- Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2005 [acesso em 2021 Jan 25];21(5):1595-601. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500034&lng=pt&nrm=iso
- 3- Maio MC, Monteiro S. Política social com recorte racial no Brasil: o caso da saúde da população negra. In: Maio MC, Santos RV (Orgs.). Raça como questão: história, ciência e identidades no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2010; pp-pp.
- 4- Batista LE. A epidemiologia e as relações raciais: o estudo da mortalidade. In: Barbosa LMA, Silva PBG, Silvério VR (Orgs.). De preto a afro-descendente: trajetos de pesquisa sobre relações étnico-raciais no Brasil. São Carlos: EDUFSCar; 2010; pp-pp.
- 5- Oliveira Fátima. Saúde reprodutiva, etnicidade e políticas públicas no Brasil. In: Monteiro S, Sansone Livio (Orgs.). Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004; pp-pp.

- 6- Monteiro S. Desigualdades em saúde, raça e etnicidade: questões e desafios. In: Monteiro S, Sansone L (Orgs.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004; pp-pp.
- 7- Bastos JL, Faerstein E. *Discriminação e Saúde: perspectivas e métodos*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2012.
- 8- Hasenbalg CA. Entre o mito e os fatos: racismo e relações raciais no Brasil. In: Maio MC, Santos RV (Orgs.). *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB; 1996; pp-pp.
- 9- Hasenbalg CA. *Discriminação e Desigualdades Raciais no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
- 10- Hasenbalg CA, Silva NV. *Origens e Destinos: desigualdades sociais ao longo da vida*. Rio de Janeiro: TOPBOOKS; 2003.
- 11- Silva NV. Extensão e natureza das desigualdades raciais no Brasil. In: Guimarães ASA, Huntley L (Orgs.). *Tirando a máscara: ensaios sobre racismo no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra; 2000; pp-pp.
- 12- Silva J. *Violência e racismo e no Rio de Janeiro*. 3 ed. Niterói: EDUFF; 2016.
- 13- Adorno S. Violência e racismo: discriminação no acesso à justiça penal. In: Schwarcz LM, Queiroz RS (Orgs.). *Raça e Diversidade*. São Paulo: EDUSP; 1996; pp-pp.
- 14- Telles E. *Racismo à brasileira: uma nova perspectiva sociológica*. Rio de Janeiro: Relume Dumará - Fundação Ford; 2003.
- 15- Foucault M. *Genealogía Del Racismo*. La Plata: Editorial Altemira; 1996.
- 16- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas* [Internet]. 2004 [acesso em 2021 Jan 25]. Disponível em:
- 17- Brasil. Ministério da Saúde. *Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros (Série B. Textos Básicos de Saúde)* [Internet]. 2009 [acesso em 2021 Jan 25]. Disponível em:
- 18- Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Socie.* [Internet]. 2016 [acesso em 2021 Jan 25];25(3):535-49. Disponível em:
- 19- Lefevre F, Lefevre AMC. *Depoimentos e Discursos*. Brasília: Liberlivro; 2005.

- 20- Lefevre F, Lefevre AMC. O Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). 2. ed. Caxias do Sul: Educ; 2003.
- 21- Monteiro RB. Educação permanente em saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação das relações étnico-raciais e para ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana. Saúde Socie. [Internet]. 2016 [acesso em 2021 Jan 25];25(3):524-34. Disponível em:
- 22- Lefevre F, Lefevre AMC. O Sujeito Coletivo que Fala. Interf – comun sau educ. [Internet]. 2006 [acesso em 2021 Jan 25];10(20):517-24. Disponível em:
- 23- Gomes HMS. “Pia, é negro e só quer ser o que não é”: interface entre racismo, saúde, doenças e práticas culturais. Cad Imbondeiro [Internet]. 2014 [acesso em 2021 Jan 25];3(2):pp-pp. Disponível em:
- 24- Oliveira PPM. Manual Interativo de Utilização do Instagram como Ferramenta Pedagógica. Rio de Janeiro: Pomba; 2020.
- 25- Pellanda EC, Streck M. Instagram como interface da comunicação móvel e ubíqua. Sessões do Imaginário. [Internet]. 2017 [acesso em 2021 Jan 25];22(37):10-19. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/famecos/article/view/28017/15936>



Manuscrto 3

Artigo a ser submetido a Revista Investigación y Educación em Enfermería
ISSN (online) 2216-0280 | ISSN (print) 0120-5307

SAÚDE DA MULHER NEGRA E RACISMO INSTITUCIONAL: O QUE DIZEM AS USUÁRIAS DE UBS DO INTERIOR BAIANO

Soraya Mendes R. Adorno⁸

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2603-7712>

Ana Angélica Leal Barbosa⁹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0370-202X>

Alba Benemérita Alves Vilela¹⁰

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1187-0437>

RESUMO

Visando atender ao objetivo de avaliar o atendimento à saúde das mulheres negras assistidas nas Unidades Básicas de Saúde de um município no interior da Bahia, sob a perspectiva de suposto racismo institucional, foi elaborada uma proposta de estudo que originou este manuscrito. Ao mesmo tempo buscou identificar se essas mulheres conheciam a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa. O estudo contou com a participação de 15 mulheres, usuárias dos serviços de saúde em Unidades Básicas de Saúde da referida cidade. Por conta do isolamento social devido a pandemia de Covid-19, as entrevistas foram realizadas via Plataforma do *Google Meet* em seis sessões (duas sessões com três usuárias, três com duas usuárias e três com uma usuária cada) que foram gravadas nos meses de setembro a novembro de 2020 e posteriormente transcritas e analisadas à luz da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. O Discurso do Sujeito Coletivo que foi construído a partir das falas dessas mulheres evidenciou elas não conhecem a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e nem as doenças mais recorrentes a essa população. Ao mesmo tempo, a pesquisa demonstrou que as usuárias, em sua maioria, identificaram mais de uma situação de racismo com elas ou com terceiros nas dependências das Unidades Básicas de Saúde que frequentam. Tais evidências mostraram a necessidade de promover alguma ação educativa/informativa sobre o tema e foi criada uma conta no Instagram para veiculação de informações dessa área. O estudo revela a importância de pesquisas que versem sobre a saúde a partir do recorte de raça e gênero, para melhor entender como se dão essas relações no âmbito das políticas públicas em saúde, propondo, inclusive intervenções.

Palavras-chave: Saúde da mulher negra; Políticas de saúde; Usuárias de serviços de saúde; Racismo Institucional e Estrutural; Instagram.

⁸ Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

⁹ Docente do Programa de Pós-graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

¹⁰ Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

BLACK WOMEN'S HEALTH AND INSTITUTIONAL RACISM: WHAT USERS OF BASIC HEALTH UNITS IN A BAHIA'S INTERIOR CITY SAY

Soraya Mendes R. Adorno¹¹
Ana Angélica Leal Barbosa¹²
Alba Beneméríta Alves Vilela¹³

ABSTRACT

In order to meet the objective of evaluating the health care of black women assisted in Basic Health Units in a Bahia's interior city, under the perspective of alleged institutional racism, was created a study proposal that originated this manuscript. At the same time, it sought to identify whether these women knew the National Policy for Comprehensive Health of the Black Population. This is a qualitative and quantitative research. The study involved the participation of 15 women, users of health services in Basic Health Units in that city. Due to social isolation that was made because of the Covid-19 pandemic, the interviews were conducted via Google Meet Platform in six sessions (two sessions with three users, three with two users and three with one user each) that were recorded in September to November 2020 and later transcribed and analyzed through the Collective Subject Discourse technique. The Collective Subject Discourse that was built from the speeches of these women showed that they do not know the National Policy for Comprehensive Health of the Black Population and neither the most recurrent diseases to this population. At the same time, the research showed that the users, for the most part, identified more than one situation of racism with them or with third parties on the premises of the Basic Health Units they attend. Such evidence showed the need to promote some educational / informational action on the topic and an account on Instagram was created to transmit information in this area. The study reveals the importance of research that deals with health from the perspective of race and gender, in order to better understand how these relations, occur within the scope of public health policies, including proposing interventions.

Keywords: Black women's health; Health policies; Health service users; Institutional and Structural Racism; Instagram.

¹¹ Doctoral student of the Postgraduate Program in Health and Nursing at the State University of Bahia's Southwest

¹² Professor of the Postgraduate Program in Ethnic Relations and Contemporaneity at the State University of Bahia's Southwest

¹³ Professor of the Postgraduate Program in Health and Nursing at the State University of Bahia's Southwest

SALUD DE LA MUJER NEGRA Y RACISMO INSTITUCIONAL: LO QUE DICEN LOS USUARIOS DE UBS INTERIOR BAIANO

Soraya Mendes R. Adorno¹⁴
Ana Angélica Leal Barbosa¹⁵
Alba Benemérita Alves Vilela¹⁶

RESUMÉN

Con el fin de cumplir con el objetivo de evaluar la atención en salud de las mujeres negras atendidas en Unidades Básicas de Salud de un municipio del interior de Bahía, bajo la perspectiva de un supuesto racismo institucional, se elaboró una propuesta de estudio que dio origen a este manuscrito. Al mismo tiempo, se buscó identificar si estas mujeres conocían la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra. Esta es una investigación cualitativa y cuantitativa. El estudio contó con la participación de 15 mujeres, usuarias de los servicios de salud en las Unidades Básicas de Salud de esa ciudad. Debido al aislamiento social por la pandemia Covid-19, las entrevistas se realizaron a través de la Plataforma Google Meet en seis sesiones (dos sesiones con tres usuarios, tres con dos usuarios y tres con un usuario cada una) que se registraron en septiembre a noviembre de 2020. y luego transcrito y analizado a la luz de la técnica del Discurso Colectivo del Sujeto. El Discurso del Sujeto Colectivo que se construyó a partir de los discursos de estas mujeres mostró que desconocen la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra y tampoco las enfermedades más recurrentes a esta población. A su vez, la encuesta mostró que los usuarios, en su mayor parte, identificaron más de una situación de racismo con ellos o con terceros en las instalaciones de las Unidades Básicas de Salud a las que asisten. Dicha evidencia mostró la necesidad de promover alguna acción educativa / informativa sobre el tema y se creó una cuenta de Instagram para transmitir información en esta área. El estudio revela la importancia de la investigación que aborde la salud desde la perspectiva de la raza y el género, con el fin de comprender mejor cómo se dan estas relaciones en el ámbito de las políticas públicas de salud, proponiendo, incluyendo intervenciones.

Palabras clave: Salud de la mujer negra; Políticas de salud; Usuarios de servicios de salud; Racismo institucional y estructural; Instagram.

¹⁴ Estudiante de doctorado del Programa de Postgrado en Salud y Enfermería de la Universidad Estatal del Suroeste de Bahía

¹⁵ Profesor del Programa de Posgrado en Relaciones Étnicas y Contemporaneidad de la Universidad Estatal del Suroeste de Bahía

¹⁶ Profesora del Programa de Posgrado en Salud y Enfermería de la Universidad Estatal del Suroeste de Bahía

1. Preâmbulo

No Brasil o atendimento público em saúde, via SUS, tem como princípios: a universalidade, a equidade e a humanização das práticas médicas. Entretanto, existem mecanismos institucionais que atuam como políticas de exceção, que delimitam zonas diferenciadas de acesso à cidadania, através de marcadores como raça, classe e gênero. Pesquisas realizadas desde os anos 2000¹⁷ nos apresentam o perfil das desigualdades raciais no acesso a serviços e a procedimentos de saúde, além de diferenças de morbimortalidades, como mortalidade materna e infantil ou doenças de maior incidência que recaem sobre a população negra ⁽¹⁻⁷⁾. Essas pesquisas têm interpelado o Estado brasileiro, para que este reconheça a existência de um problema de saúde pública, que envolve a população negra: o racismo estrutural e, sobretudo, o racismo institucional. O racismo tem produzido efeitos perversos, inclusive, nas políticas de acesso à saúde da população negra o que, no limite, define quem tem direito a viver ou quem é deixado para morrer neste país ⁽⁸⁾.

Numa sociedade racializada, que define papéis e direitos a partir da raça de forma hierarquizada, entende-se que o Estado é no mínimo condescendente com essa naturalização, visto que ele vem historicamente legitimando ações racistas em suas instituições, o que configuraria em racismo institucional.

Almeida⁽⁹⁾ conceitua racismo como:

uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios, a depender do grupo racial ao qual pertencam.

A compreensão/reflexão acerca de racismo institucional permite examinar o sistema de correlações de força não projetado em sua integralidade, ou dito de outra forma, nem sempre percebido, posto que muitas vezes vão se constituindo a partir de processos de naturalizações, mas que funciona sob o pressuposto *biopolítico* da seleção e da proteção do segmento branco em comparação aos segmentos não brancos da população. Assim, o controle sobre a vida vai sendo

¹⁷ Para uma abordagem histórica sobre raça e saúde no Brasil, veja o estudo de Chalhoub (2016).

exercitado através de distintos dispositivos, na própria esfera do Estado, na execução das políticas públicas, inclusive das de saúde.

Dessa forma, o Estado atua como uma espécie de polícia, com suas práticas eugênicas, exercendo o controle sobre os corpos e sobre as vidas de setores da população que historicamente foram marginalizados, a exemplo das populações negras deste país como também indígenas e quilombolas. Na discussão acerca das práticas eugênicas do Estado além da estratificação por raça/cor, temos que levar em consideração as questões relacionadas a condições socioeconômicas e, principalmente, de gênero, voltando o olhar e atenção às mulheres negras.

A partir das reflexões do Movimento de Mulheres Negras (MMN) vemos que as particularidades vividas pelas mulheres negras não são as mesmas vividas pelas mulheres brancas quando são atingidas pelo sexismo, tão pouco se assemelham com as vividas pelo homem negro quando eles são atingidos pelo racismo. Juntos, o sexismo e o racismo, perpetuam símbolos e imagens da representação da mulher negra que produz a ideia que ela está aqui e em todos os lugares para servir aos outros, sendo esses outros, homens de todas as cores e etnias e mulheres não brancas. As mulheres negras vivem em um lugar singular, um lugar de intersecções em vários aspectos, mas se olharmos para o aspecto das opressões, essa singularidade mais se evidencia, numa diferenciação entre sujeitos e grupos espeçados na raça e no gênero – mulheres e homens, negros/negras e brancos/brancas⁽¹⁰⁾.

Essa mulher tem um rosto, um corpo, uma mente que pensa e se angustia com esse lugar que lhe foi imposto por uma sociedade, que antes de ser de classe é machista. Essa angústia adocece (física e mentalmente), mas também nos movimenta a questionar esse lugar, e o primeiro movimento para ultrapassar a barreira desse adoecimento, é nos construirmos enquanto mulheres e mulheres negras.

Para Souza⁽¹¹⁾ construir uma identidade negra é uma ação política, pois essa construção tem como condição a altercação de um modelo que foi ensinando desde o berço de sermos uma caricatura do branco. Romper com esse modelo, então, é um ato político, contestador, libertador que permiti ao negro e a negra ter um rosto e uma identidade próprios. Dessa reflexão vem a frase mais conhecida de Souza⁽¹¹⁾ e mais replicada em vários espaços: “ser negro [e negra] não é uma condição dada, a

priori. É um vir a ser. Ser negro é tornar-se negro”. E para ser negra, por sua vez, parte da mesma premissa com o peso de ser mulher numa sociedade patriarcal e racista.

O MMN na década de 1980 empunhou, entre suas bandeiras de luta, a necessidade de uma política que tivesse a saúde da população negra como princípio e a equidade como condição necessária para o acesso dos negros aos serviços públicos de saúde. Essas mulheres negras estavam engajadas, não só nas lutas do movimento negro, mas também na construção de uma proposta de equidade racial na estrutura do SUS. Como um dos resultados dessa luta, em 13 de maio de 2009, é instituída a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) através da Portaria nº 992. A PNSIPN tem seus princípios voltados para a melhoria das condições de saúde da população negra e a observação das peculiaridades de saúde e morbidades dessa população.

2. Do conhecimento da PNSIPN ao objeto de pesquisa

No intuito de investigar a saúde da mulher negra residente na cidade de Jequié, sob a perspectiva da promoção e da proteção da saúde, um dos princípios da Atenção Primária do SUS, tomamos a PNSIPN como orientadora das necessidades de saúde dessa população. Desse modo, o universo da nossa pesquisa são as Unidades Básicas de Saúde da referida cidade, que poderiam nos dar uma visão da saúde daquela coletividade: as mulheres negras atendidas nessas Unidades Básicas de Saúde.

Todavia, havia dúvidas se as usuárias dos serviços públicos de saúde que procuravam atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Jequié/BA tinham conhecimento da existência da PNSIPN e, tendo conhecimento, o que sabiam sobre a política, seus objetivos, princípios e ações para o cuidado da saúde da mulher negra. Assim, tomamos a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) como marcadoras na identificação e análise dos possíveis saberes das mulheres usuárias das UBS, acerca das especificidades de cuidado e acompanhamento da saúde das mulheres negras e suas morbidades. Nosso objetivo

nesta investigação é avaliar o atendimento à saúde das mulheres negras assistidas nas Unidades Básicas de Saúde sob a hipótese de suposto racismo institucional.

As duas políticas trazem no seu bojo a discussão e a implementação de práticas de saúde direcionadas a saúde da mulher negra, como

- Incluir e consolidar o recorte racial/étnico nas ações de saúde da mulher, no âmbito do SUS;
- Estimular e fortalecer a interlocução das áreas de saúde da mulher das SES e SMS com os movimentos e entidades relacionados à saúde da população negra⁽¹²⁾.

O SUS ao criar políticas de cuidado e atenção à saúde de parcelas mais vulneráveis (econômica e socialmente) da população, apresenta ao mesmo tempo ações e estratégias para a implementação de tais políticas. Faz parte dessas estratégias as ações de Educação em Saúde destinadas aos usuários/usuárias dos serviços de saúde visando promover a saúde, estimular a prevenção de doenças e agravos, incentivando a população a participar de espaços que promovam discussões acerca da saúde da população e do funcionamento dos serviços públicos de saúde, tudo através de ações educativas.

Nossa investigação partiu das seguintes indagações: As mulheres negras, usuárias dos serviços das UBS no município de Jequié, sabem que existe uma política de saúde específica para a população e mulheres negras? As mulheres negras usuárias das UBS percebem indícios de racismo no atendimento destinado a elas?

De acordo com Werneck⁽¹³⁾, apesar dos avanços trazidos pela PNSIPN, como um sistema universal de saúde com integralidade, equidade e participação social, ainda não se percebe, no cotidiano das instituições de saúde, mecanismos explícitos de superação das barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde. Particularmente aquelas interpostas pelo racismo (inclusive o institucional), pela falta de conhecimento e preparo dos profissionais de saúde sobre a questão, mas também o desconhecimento que nós, mulheres e povo negro, temos sobre nossa história, nossa saúde, nossos direitos. Esta falta de conhecimento nos impede, muitas vezes, de reconhecer e exigir o cumprimento de direitos garantidos por lei.

Partindo da percepção levantada por Werneck⁽¹³⁾, investigamos as usuárias dos serviços de saúde oferecidos nas UBS da cidade de Jequié/BA, com o objetivo de conhecer os saberes que as usuárias – mulheres negras – tinham em torno da

PNSIPN e da saúde da mulher, tomando como norte o atendimento recebido pelos profissionais desses estabelecimentos de atenção à saúde sob a ótica do racismo estrutural e institucional.

3. Questões éticas

O estudo cumpre os princípios éticos da pesquisa com seres humanos, segundo a Resolução nº 466, de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde e faz parte de projeto multicêntrico intitulado “O Processo de Trabalho na Atenção Básica: Desafios na Consolidação de um Modelo de Atenção à Saúde” que se constitui como pesquisa de natureza qualitativa, que aborda o processo de trabalho em saúde na Atenção Básica em quatro municípios do Estado da Bahia, objetivando analisar ações de trabalho e afazeres em saúde e os desafios para a consolidação do modelo de atenção à saúde na Rede da Atenção Básica em Municípios Baianos. O projeto foi aprovado em Parecer de nº 1.889.636, exarado em 10 de janeiro de 2017. Assim a pesquisa está em conformidade com os critérios estabelecidos pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Houve a anuência dos sujeitos da pesquisa, as usuárias, e todas tiveram ciência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4. Questões metodológicas

Os dados da pesquisa de campo foram coletados a partir de entrevistas com a usuárias das UBS. Devido ao isolamento social imposto pela pandemia de Covid-19, as entrevistas foram realizadas via Plataforma do *Google Meet* com 15 usuárias. As entrevistas foram realizadas em seis sessões (duas sessões com três usuárias, três com duas usuárias e três com uma usuária cada) que foram gravadas e posteriormente transcritas.

As entrevistas foram analisadas à luz da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. O sujeito coletivo se expressa sob a forma de discursos emitidos na primeira pessoa, mas essa pessoa é “coletiva do singular”, sendo uma maneira de se fazer a coletividade falar, diretamente, como se fosse uma “pessoa coletiva”⁽¹⁵⁾.

A técnica consiste, então, em se fazer uma síntese dos conteúdos das falas das depoentes da coletividade das usuárias das UBS, que será redigido na primeira

pessoa do singular, caracterizando um discurso único – o Discurso do Sujeito Coletivo. Para a escrita desse discurso único nos utilizamos, em alguns momentos, da inserção de conectivos, contudo não precisamos aqui eliminar elementos que evidenciassem o gênero dos participantes, como preconiza a técnica, visto que entrevistamos apenas mulheres.

Mesmo tendo ciência da existência do *software* DSCsoft, que facilita a realização de pesquisas quali-quantitativas que utilizam a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo facilitando o trabalho do pesquisador, optamos por realizar a análise dos discursos das usuárias entrevistadas de forma artesanal, transformando as falas individuais das depoentes em uma fala coletiva carregada dos sentidos daquelas mulheres.

Essa opção nos exigiu maior sensibilidade para captar esse discurso nas falas das interpeladas, mas principalmente nos obrigou a manter uma postura de escuta ativa, focando nosso olhar nas conversas, numa postura de ausência de julgamentos, buscando compreender seus pontos de vista, numa comunicação profunda, honesta, transparente, inclusiva e, também, empática. Mesquita e Carvalho, citando Benjamin⁽¹⁶⁾, afirmam que “a escuta apresenta-se como uma estratégia de comunicação essencial para a compreensão do outro, pois é uma atitude positiva de calor, interesse e respeito” ⁽¹⁷⁾.

As entrevistas foram gravadas nos meses de setembro a novembro de 2020 e logo depois transcritas para tabulação dos dados e tratamento das respostas, com vistas à construção do Discurso do Sujeito Coletivo daquelas mulheres.

5. Perfil das Usuárias:

Conhecer o perfil de usuários de serviços públicos de saúde, em uma determinada região, é requisito necessário para se começar a desenvolver análise mais apurada das necessidades, dificuldades e limitações enfrentadas por esses usuários, além de servir como um guia para propor soluções factíveis da situação da saúde pública da região, neste caso conhecer a situação de atendimento nas UBS da cidade de Jequié/BA.

Para compreender tal situação optamos por realizar entrevistas com as usuárias; ao todo conseguimos entrevistar 15 mulheres, mesmo tendo enviado

convites para um quantitativo muito superior. Infelizmente, independente da pandemia, é esperado que os pesquisadores optantes pela entrevista, enquanto instrumento de coleta de dados de seus estudos, passem pela dificuldade em conseguir, nos tempos cada dia mais reduzidos dos cursos de pós-graduação *Stricto sensu*, um quantitativo de depoentes que possibilite a construção de uma amostra satisfatória.

É necessário informar que todas as depoentes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi lido pela pesquisadora no início da entrevista e, só após a anuência, a entrevista seguiu seu curso.

O critério de inclusão na categoria usuária foi ser mulher, negra, maior de 18 anos e residir na cidade de Jequié, visto que nosso estudo tem como objetivo mais amplo, pesquisar as condições de atendimento à saúde da mulher negra usuária das UBS de Jequié. Não delimitamos quais UBS essas mulheres deveriam frequentar, na verdade distribuímos os convites para as entrevistas da forma mais ampla geograficamente falando. Mesmo encaminhando os convites para mulheres fenotipicamente negras ou pardas¹⁸, tivemos três entrevistadas que se autodeclararam brancas e não questionamos. O perfil sócio demográfico foi construído no momento da entrevista em que se faz perguntas preliminares procurando adquirir a confiança e a empatia das entrevistadas, além de procurar demonstrar segurança e conhecimento acerca do tema da entrevista.

Tabela 1: Perfil sócio demográfico (síntese)

Faixa etária	18 a 25 anos e 26 a 35 anos, cada faixa com 26,7%; nenhuma mulher com mais de 65 anos
Cor/etnia	50% parda; 29% preta; 21% branca
Número de filhos	46,7% sem filhos; apenas uma com 5 filhos
Escolarização	60% ensino médio; 26,7% graduação e as demais ensino fundamental completo
Local de nascimento	73,3% nasceram em Jequié e só 13% nasceram fora do Estado da Bahia

Fonte: Arquivos da Pesquisa

¹⁸ Para o IBGE pardos fazem parte do quantitativo de negros.

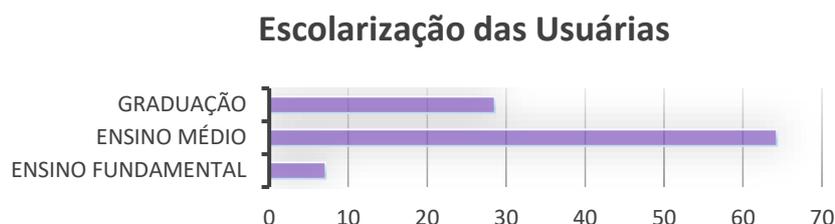
De acordo com a Tabela 1, acima, as mulheres predominantemente se autodeclararam pardas e negras, com distribuição etária uniforme entre 18 e 65 anos. Um dado a ser investigado é o fato de a grande maioria das mulheres não possuírem filhos e apenas uma ter declarado cinco filhos, estando na faixa etária de 46 a 55 anos. Isso demonstra, grosso modo, que pelo menos as mulheres mais jovens se preocupam com o controle de natalidade e, muito provavelmente, participam dos programas de planejamento familiar oferecidos pelas próprias UBS. Entretanto, mesmo operando hipoteticamente, percebemos que esse seria um aspecto merecedor de investigação futura, para sustentar ou negar tal hipótese aqui empiricamente apresentada.

Vários são os estudos que discutem as chamadas políticas de controle de natalidade, questionando ou denunciando os aspectos extremamente eugênicos e racialistas dessas políticas, a exemplo de: ⁽¹⁸⁾Goes e Santos (2014), ⁽¹⁹⁾Souto (2019), ⁽²⁰⁾Minella (2005), ⁽²¹⁾Roland (1995), ⁽²²⁾Schwarcz (1996), ⁽²³⁾Stepan (2005) e ⁽²⁴⁾Werneck (2004). Alguns estudos nos possibilitam questionar muitas dessas políticas que, quase sempre, atribui as populações socialmente marginalizadas a “culpa” por sua condição social de vulnerabilidade e pobreza, políticas estas que não conseguem (ou não querem) refletir o papel do Estado. O Estado, além de não corrigir as distorções que geram as desigualdades as acentua, quando não toma para si a responsabilidade social e histórica com essas minorias, como é o caso dos negros e dos indígenas.

Na verdade, há um interesse das elites brasileiras no desaparecimento das causas da pobreza, mas via extermínio dos pobres, desaparecimento dos pretos. Esse desaparecimento pode se dar impedindo o nascimento dos pretos ou matando-os antes de procriarem, ainda jovens. Ao mesmo tempo, vários são os depoimentos de mulheres pretas que estão ponderando ter filhos numa sociedade que não supera o racismo, mas, ao contrário, regride a pensamentos e ações medievais, quase escravocratas. Poderia ser essa a justificativa para essas mulheres controlarem a natalidade? E se associarmos a esse aspecto a taxa de escolarização da amostra? Mais uma questão passível de investigação acerca desse dado.

Outro fator importante é a taxa de escolarização, com apenas 13,3% das mulheres na faixa mais baixa, o ensino fundamental, conforme demonstrado na Tabela 1 (acima) e Figura 1 (abaixo).

Figura 1: Nível de Escolarização



Fonte: Arquivos da Pesquisa

Em relação a utilização dos serviços públicos de saúde por meio das UBS, os dados demonstram que essas usuárias frequentam, de forma similar, quatro Unidades Básicas de Saúde da cidade, sendo elas: UBS Sebastião Azevedo, no Bairro Mandacaru; UBS Dr. Armando Ribeiro Borges, no Bairro Loteamento da Água Branca, ambas localizadas em bairros periféricos de Jequié, além da UBS Dr. José Maximiliano Henriquez Sandoval e a UBS Júlia Magalhães ambas no Bairro do Jequezinho, na zona central da cidade (Figura 2).

Figura 2: UBS que procuram atendimento¹⁹



Fonte: Arquivos da Pesquisa

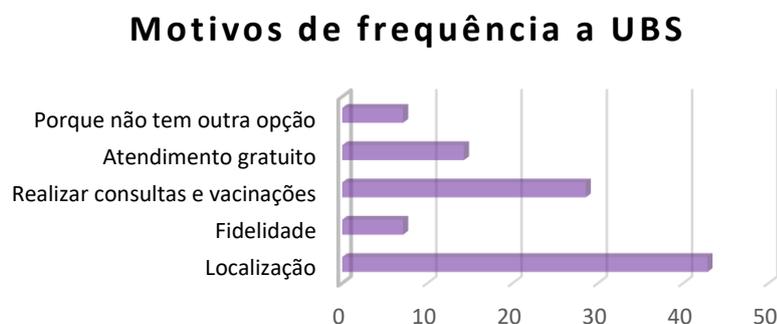
A maioria das usuárias frequentam e são atendidas na mesma unidade por mais de 15 anos, período correlato ao tempo que moram no bairro onde a UBS está localizada em consonância com a diretriz de regionalização do SUS que visa

¹⁹ Duas entrevistadas afirmaram usar os serviços de qualquer UPA, qualquer posto sem nominá-los, que incluímos estatisticamente no item “outros”.

assegurar à população o direito à saúde, minimizando as desigualdades, promovendo equidades sociais e territoriais, identificando e reconhecendo as regiões de saúde ⁽²⁵⁾, o que garante o acesso aos serviços e facilita diagnosticar e resolver problemas locais de saúde via planejamento regional.

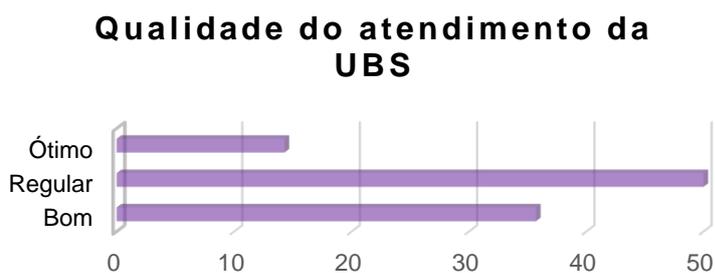
Inclusive, as usuárias também consideram a localização como o principal fator que as motivam a procurar atendimento nas UBS, imediatamente seguido da realização de consultas e vacinações como as causas predominantes para se dirigirem a estas UBS, que são classificadas por elas como de atendimento de qualidade regular (Figuras 3 e 4).

Figura 3: Motivos de frequência à UBS



Fonte: Arquivos da Pesquisa

Figura 4: Qualidade do atendimento das UBS



Fonte: Arquivos da Pesquisa

Na segunda parte das entrevistas instigamos as usuárias a responderem questões acerca da PNSIPN, racismo e saúde da mulher negra. Com relação a ter conhecimentos sobre a PNSIPN, apenas 20% afirmaram já ter ouvido falar, entretanto sem conseguirem precisar quando, onde ou por qual meio, mas de forma

genérica informaram que foi através de cartaz (não lembrava onde) e na mídia (achava que foi na TV). De forma semelhante e mais preocupante, todas as usuárias, sem exceção, nunca viram qualquer menção a uma política de saúde destinada à população negra nas UBS que costumam frequentar, nem através dos profissionais que lá trabalham, nem por meio de material impresso ou ações/atividades diretas realizadas (cartazes, folhetos, palestras, dentre outros). Não podemos dizer que os dados obtidos, comprobatórios da falta de conhecimento sobre a PNSIPN, nos surpreenderam, mas o fato das UBS não terem qualquer tipo de material informativo sobre as especificidades de saúde da população negra nos inquieta.

A PNSIPN foi criada em 2009, ou seja, tem 12 anos de existência e que desde 2014 o UnaSUS (Sistema Universidade Aberta do SUS), que é uma plataforma de educação permanente para profissionais do Sistema Único de Saúde, oferta cursos a distância, conforme divulgado em sua própria página, com o objetivo de apresentar aos profissionais de saúde

oportunidade para refletirem e atuarem na perspectiva do cuidado centrado na pessoa e na família, visando à melhoria da qualidade de atendimento e à redução das desigualdades, alinhando-se aos princípios do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional Integral da População Negra (PNSIPN) (<https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/45294>).

Levando-se em consideração que o UnaSUS disponibiliza 50 mil vagas a cada oferta (dez ofertas até 26/07/2020), poderíamos ter encontrado alguma referência a PNSIPN nas unidades de saúde da cidade de Jequié ao longo desse tempo.

Como as usuárias frequentam as UBS, em média, a mais de 15 anos (Figura 5), antes mesmo da criação da política, era de se esperar que elas tivessem percebido algum movimento sobre essa temática nas dependências das unidades de saúde nesse tempo. Podemos elaborar duas hipóteses: não há interesse da gestão pública municipal, via Secretaria de Saúde, na efetiva implementação da política ou o próprio SUS não demandou à esta secretária a necessidade de, pelo menos, suas equipes de trabalho discutirem a PNSIPN. Fato é, que em visita, antes do isolamento

social, a duas dessas UBS, circulando pelos setores, nada encontramos que de alguma forma demonstrasse ações voltadas para a saúde da população e da mulher negra.

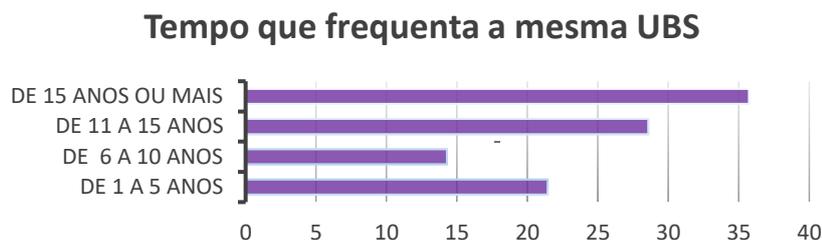
Além do UnaSUS disponibilizar cursos nessa área, inclusive com material didático e metodológico de reconhecida qualidade, temos a disposição dos profissionais de saúde acervo de material para estudo e preparação de ações direcionadas às usuárias e usuários dos serviços públicos de saúde. Todo este material está depositado no Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES), um repositório que possui um acervo público de recursos, nos mais variados formatos, em uma

plataforma digital que permite o acesso, o download e a reutilização de recursos educacionais digitais desenvolvidos pelas instituições da Rede UnaSUS para o ensino-aprendizagem de trabalhadores da saúde. [...] Ao disseminar o conhecimento em saúde de forma livre e gratuita, o ARES viabiliza o acesso democrático ao conhecimento, propicia a sua construção coletiva e oportuniza a troca de experiências em saúde (<https://ares.unasus.gov.br/>).

Os profissionais dessa UAB poderiam se utilizar desses espaços virtuais de educação e formação continuada em saúde para elevar a qualidade do atendimento às mulheres que procuram esse serviço.

É papel da gestão pública fazer a divulgação dessas políticas do SUS em seu território, apresentando os princípios, as estratégias e as ações para que tais políticas sejam efetiva e concretamente implementadas, por conta disso nos causa estranheza, que durante todo esse tempo essas unidades de saúde não tenham cumprido esse papel, pelo menos é o que está posto a partir da percepção dessas usuárias.

Figura 5: Tempo que frequenta a UBS



Fonte: Arquivos da Pesquisa

Algumas dessas unidades de saúde estão dentro do território de atuação da UESB e, por conseguinte, de um dos seus projetos que trabalha diretamente com as questões étnico raciais, o ODEERE²⁰ (Órgão de Educação e Relações Étnicas). Como relatado por um dos profissionais que trabalha em uma dessas Unidades Básicas de Saúde e, também, mestrando do Programa de Pós-graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade, tanto as atividades de extensão, como os cursos sobre a população quilombola, como as atividades da Semana da Pertença (Dia da Consciência Negra) são espaços de conhecimento e debates sobre a população negra, sobre racismo e seus desdobramentos na vida dessa população. O ODEERE também tem ações voltadas a discutir a história e as condições de vida do povo negro e quilombola.

Em pesquisa anterior, em que esquadramos o perfil dos profissionais de saúde que atendem nas USB de Jequié percebemos que boa parte desses profissionais (43,75%) possui certo conhecimento sobre as especificidades da saúde da população negra, inclusive via ações e projetos do próprio ODEERE. Alguns profissionais foram em busca de conhecimentos sobre a história da população negra e tiveram contato com discussões sobre a saúde da população quilombola. Entretanto eles não levaram esses conhecimentos para o interior das unidades básicas de saúde onde trabalhavam, não discutiram esse tema entre seus pares, não se preocuparam com essa temática em sua prática cotidiana de trabalho ou, se em algum momento, tiveram essa preocupação, ela foi subsumida pelas demandas de

²⁰ ODEERE, fundado em 2005, é um projeto multicêntrico de perspectiva interdisciplinar, que congrega ações de ensino, pesquisa e extensão, a partir das relações étnicas, de gênero e sexualidades. Para maior compreensão acerca deste Órgão e de suas diferentes ações, veja Santana (2014).

trabalho, pelo desinteresse da gestão ou dos colegas de profissão, ou melhor dizendo, foi subsumida pela estrutura racista enraizada nas mentes e nas instituições.

Adicionalmente, as usuárias relataram que dentro de sua realidade a maioria das pessoas atendidas nas unidades são negras ou pardas e questionaram o motivo de se existir uma política de saúde exclusiva para a população negra, se todos os seres humanos são iguais e devem ser tratados com dignidade. Isso demonstra a necessidade de termos espaços que discutam com a população os princípios de equidade do SUS, pois compreender esse princípio faz com que tanto usuárias, quanto os profissionais de saúde, defendam as políticas de saúde para populações diferenciadas e marginalizadas e, principalmente, ponham em prática essa defesa, ao mesmo tempo em que sejam capazes de tencionar o “princípio da igualdade” enquanto abstração, que não dá conta de produzir a equidade social e étnico-racial e, portanto, superar as desigualdades produzidas pelo racismo que, como bem sabemos, continuam estruturando e atualizando desvantagens de acesso aos bens sociais e culturais entre negros e não negros em nossa sociedade.

6. Discurso do Sujeito Coletivo das usuárias dos serviços das UBS: uma cor de cada lado, posições que não mudam. O que fazer?

Para a construção do Discurso do Sujeito Coletivo das usuárias dos serviços das UBS fizemos três perguntas: Como era o atendimento que elas recebiam na UBS? Elas já haviam vivenciado ou presenciado alguma situação que indicasse discriminação racial? Qual era a cor das pessoas que elas viam na UBS?

Tabela 2: DSC 1 e IC 1 - Qualidade do atendimento das UBS

DSC 1: Como você qualifica o atendimento na UBS que você frequenta?
Já procurei dentista, clínico geral e nunca fui atendida, só consigo ginecologista. Quando conhece alguém lá dentro você consegue consulta, tem que ter conhecimento. O pior atendimento é na marcação, é quando tratam a gente mal, tem que discutir para conseguir uma consulta, eu mesma já briguei várias vezes. Eu reclamo com a coordenadora, ela diz que vai chamar para conversar sobre o tratamento, mas a gente nunca vê resultado, parece que piora. Mesmo a UBS *x* sendo maior, o atendimento é ruim, lá só atende se a pessoa for na base da ignorância. Mas quando sai da marcação, quando já marcou a consulta, o atendimento com o médico ou com o enfermeiro é normal dentro da sala. Eu acho que os funcionários não sabem nada sobre essa política de saúde do negro e mesmo que eles saibam, eles não têm interesse de passar adiante e de cuidar melhor da saúde da população negra.
Ideia Central:
Sem enfrentamento ou conhecimento pessoal não se consegue marcar consulta, mesmo que reclame com a coordenação.

Fonte: Arquivos da Pesquisa

O setor de marcação é o ponto nevrálgico na maioria das UBS, mas na UBS*x*, a maior de todas, a situação é mais gritante. Além dos visíveis destratos por parte das responsáveis pelo setor, há uma dificuldade sistêmica em conseguir vaga para as especialidades médicas e algumas dessas especialidades sequer tem médicos. Essa situação criou mecanismos de defesa nas usuárias que se valem do artifício do favorecimento na hora de marcar suas consultas e exames. Referente a esse artifício vale apresentarmos alguns depoimentos, que se seguem:

Depoimento1: “Minha mãe vendeu acarajé durante muitos anos perto aa UBS*x* e conhece todo mundo lá, aí ela conseguir consulta para ela.”

Outro artifício encontrado pelas depoentes na empreita de conseguir ter atendimento médico é procurar outra UBS, conforme relatos abaixo:

Depoimento 2: “Muitas vezes por causa do atendimento na UBS*x* eu peço para ser atendida na UBS*y*, mesmo sabendo que não pode minha amiga marca para mim”.

Depoimento 3: “Quando eu preciso de um clínico que eu não consigo lá, eu vou no posto da *y* com essa minha colega. Que não pode, né? Mas, mesmo assim ela consegue, porque lá tem clínico. Ela dá um jeitinho, conversa com o médico, é

tipo assim, a amizade minha com ela. Porque onde precisava ser feita era lá no UBS*x*, né?”

Esses relatos nos mostram as formas que as usuárias têm de terem suas necessidades de atendimento médico resolvidas, quando estimuladas a falar mais sobre essas situações, percebemos que as mesmas sabiam que se tratava de um “jeitinho”, mas que não resolveriam o problema e que elas continuariam com as mesmas dificuldades, até se agravando mais e a UBS continuaria ignorando essa falha.

Com relação ao atendimento numa UBS fora do seu território, apreendemos das falas que não se tratava apenas da falta de especialistas, pesava muito as situações recorrentes do mal atendimento na UBS*x* e do bom atendimento nas UBS *y* e *z*, conforme fala:

Depoimento 4: “No posto do *y*, na #y# (local) você vê diferente entre o posto lá do *x*, o atendimento é outro.”

Outra dificuldade é o número de vagas ou como elas mesmas dizem, número de fichas reduzido que as obrigam a dormir na porta da UBS, de acordo com relatos.

Depoimento 5: “Às vezes, quando eu queria marcar um exame, um clínico, eu tinha que dormir lá, eu levava meus filhos e a gente dormia na porta do posto; quando era para fazer um exame a gente dormia também, mas nunca voltei para trás sem marcar”.

As UBS da Urbis e do Agarradinho são as mais procuradas pelas usuárias que estão insatisfeitas com os serviços das UBS do seu bairro/território.

Tabela 3: DSC 2 e IC 2 - Racismo no atendimento nas UBS

DSC 2: Você presenciou ou vivenciou alguma situação de discriminação racial na UBS que você procura atendimento? Percebeu tratamento diferenciado devido a cor da pele das usuárias?
O médico atende todo mundo da mesma forma. Tanto a guarda quanto o guarda que trabalham hoje atendem bem. A discriminação é da pessoa que faz atendimento na marcação de consulta e exames, não agravando todas, mas tem uma, que é uma loirinha, essa é a pior que tem. Eu já discuti várias vezes com ela. Eu sempre que vou ali faço meus barracos e sou atendida.
Ideia Central:
As situações de racismo são na marcação, são públicas, mas nos consultórios os especialistas atendem todo mundo igual.

Fonte: Arquivos da Pesquisa

Para a construção do DSC sobre racismo nas UBS ouvimos a narrativa das usuárias, que foram muito ricas, no sentido de retratar as situações vivenciadas por elas nas dependências daqueles estabelecimentos de saúde. Conforme Tabela 3, acima, as falas foram uníssonas ao denunciar o racismo institucional no setor de marcação, via alguns dos(as) funcionários(as). Um ponto que reforça essa premissa está na declaração abaixo:

Depoimento 6: “O atendimento depende muito da equipe que está lá no dia. Quando é a enfermeira *h* [que é negra], o atendimento é melhor, mais atenção, mais humano”.

Depoimento 7: “A “loirinha” não deveria estar ali. Que quando uma pessoa trata outra pessoa mal não deveria estar ali, naquele lugar. Mas sempre quando tem pessoas boas sempre vai para outros lugares”.

Depoimento 8: “O pior atendimento é na marcação, os funcionários não têm interesse na saúde da população negra e a coordenação não resolve esse problema.”

Entre as depoentes, 46,6% responderam positivamente que já haviam passado por situações de racismo ou presenciado tais situações nas dependências das UBS e mais uma vez percebemos a necessidade de formação profissional dentro dos princípios de humanização do SUS.

Tabela 4: DSC 3 e IC 3 - A cor das UBS

DSC 2: Qual é a cor das pessoas que vocês vêm na UBS?
Quando você olha as pessoas que estão lá para receber atendimento, que ficam na fila da ficha, na fila para fazer o exame, para fazer a consulta, eu vejo da pele mais escura, mais negras, mas quando você olha para as pessoas que trabalham na UBS a maioria tem a pele branca e a pele moreno claro, pardo mesmo. Nunca vi uma médica ou um médico preto, só branco, até as enfermeiras são mais claras, só uma negra, mas tem pessoas negras na recepção.
Ideia Central:
As pessoas que vão receber atendimento são mais escuras, negras, mas as pessoas que trabalham são mais claras, médicos e enfermeiras são brancas mesmo.

Fonte: Arquivos da Pesquisa

A Tabela 4 nos pinta um quadro que representa as cores, os tons de pele e seus lugares na sociedade brasileira. Desde a escravidão que os escravos eram classificados a partir de uma escala cromática de cores que designava qual o lugar que ele ocuparia na propriedade do senhor. No Brasil Colônia quanto mais clara fosse a pele negra, mais próxima ela estaria da casa grande, dos trabalhos menos pesados e dos brancos, o que não alterava a condição de escravo, nos dias de hoje poderíamos justificar a partir do Colorismo²¹ (26). Infelizmente essa prática de mais de duzentos anos ainda se faz presente nos dias de hoje, não mais na casa grande, mas nos mais variados setores da sociedade, principalmente no espaço do serviço público: os profissionais estão na extremidade mais clara (ou menos escura) da escala cromática e os usuários dos serviços na extremidade mais escura.

Depoimento 9: “Na fila, lá fora para pegar ficha só preto eu vejo”.

Contudo ainda vamos encontrar mais nuances de cores, principalmente entre os funcionários, conforme as funções são sendo hierarquizadas, as cores vão gradativamente ficando mais claras ou mais escuras.

²¹ Saber mais sobre essa abordagem veja: <http://blogueirasnegras.org/>; <https://cearacriolo.com.br/>; politize.com.br; <https://www.hypeness.com.br/>; **Colorismo**, Alessandra Devulsky, Coleção Feminismos Plurais, Editora Jandaíra.

Depoimento 10: “Lá eu nunca vi uma médica, um médico preto, médico só branco, até as enfermeiras são mais claras, até agora só uma negra, mas tem umas pessoas negras na recepção”.

Diante do exposto, a partir do discurso das usuárias, podemos afirmar que o racismo está presente nas relações institucionais nas UBS pesquisadas e que se dá em situações claras de solicitação de serviços. A impressão que dá é que atendentes e prestadores desses serviços não reconhecem ou não conseguem ver o caráter público de sua função, mas principalmente não percebem que estão ali para servirem a todos e todas que precisarem desses serviços de saúde, que são públicos.

Podemos apresentar ainda mais uma fala que reflete o sentimento dessas mulheres quando falam do atendimento e atenção que a elas são dispensados, quando dizem que os funcionários não “facilita[m] o atendimento” e que, ao mesmo tempo, na UBS que recebeu mais reclamações elas dizem que os bons funcionários não ficavam muito tempo nessa UBS, eles “fica[m] lá um tempo e depois vai [vão] embora”. As usuárias imputam ao funcionário o papel de tratar todos bem independentemente da cor da pele, de resolver os problemas de atendimento e de falta de médicos, mas quando comparamos os níveis de descontentamento por UBS vemos que esse “destrato” racial é institucional. Por que em algumas UBS existem tanto descontentamento com os serviços e em outras existem elogios e raras falas de racismo? Realmente, a situação muda a depender da equipe (Depoimento 6) e não adianta reclamar com a coordenação pois nada vai mudar (Depoimento 8).

7. Educação em Saúde: Instagram, informação instantânea e educativa

Quando discutimos a relação entre educação e saúde precisamos dar significado a alguns termos que por vezes são tidos como iguais. Educação *em* Saúde e Educação *na* Saúde por exemplo, a primeira se refere a um conjunto de práticas e atividades educativas direcionadas a uma comunidade ou indivíduos a fim de melhorar os cuidados com a própria saúde. Já a Educação na Saúde se apresenta como uma sistematização de conhecimentos relativos à formação e desenvolvimento para atuação na saúde e é composta por diretrizes didáticas,

práticas de ensino e orientações curriculares destinadas aos profissionais dessa área.

A educação está tão diretamente ligada a saúde que praticamente todas as políticas de cuidado, reparação e equidade do SUS apresentam em seus objetivos, metas ou estratégias ações voltadas a educação, seja na formação continuada ou permanente dos profissionais da saúde seja na educação popular em saúde para os usuários do sistema.

Com relação à saúde da população negra a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra alerta para a necessidade de elaboração de materiais de informação, comunicação e educação sobre o tema Saúde da População Negra, com respeito aos diversos saberes e valores, inclusive os preservados pelas religiões de matrizes africanas. Ao mesmo tempo que dedica ações destinadas aos usuários também propõe a necessária alteração nos espaços de formação do profissional de saúde a discussão sobre racismo institucional, como se apresenta na diretriz I e objetivo específico III logo abaixo:

I – Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da Saúde e no exercício do controle social na Saúde; ⁽²⁷⁾

III – Incluir o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social; ⁽²⁸⁾

Agora a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher prevê um programa para a saúde da mulher que inclua além das ações preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, ações educativas que instrua sobre a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, IST's, câncer de colo uterino e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres de cada recanto do Brasil. Essas ações educativas consistem em “elaborar e/ou revisar, imprimir e distribuir material técnico e educativo” ^(12, p. 70).

As práticas de educação em saúde envolvem três vertentes de participantes prioritários: profissionais de saúde que valorizam as práticas de prevenção, promoção e tratamento; gestores que apoiam esses profissionais e; pessoas que

necessitam de conhecimentos individuais e coletivos e aumentam a autonomia do cuidado.

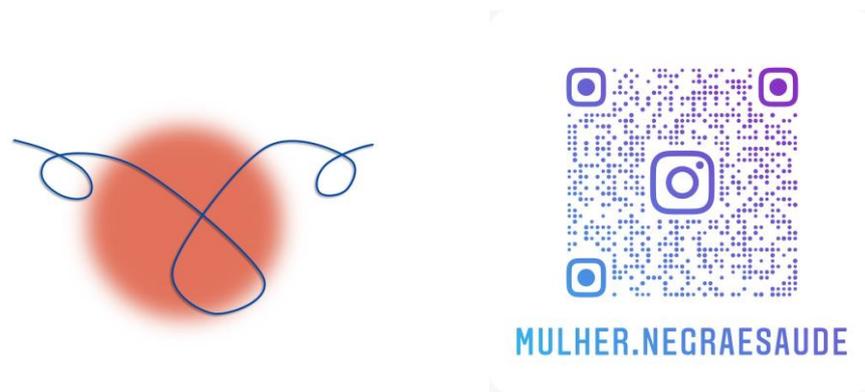
Outras formas de educação em saúde se caracterizam por fornecer comportamentos verticais informativos para mudar hábitos de vida e responsabilizar os indivíduos por sua saúde ⁽²⁹⁾.

A educação popular é um dos métodos de pedagogia da conscientização, que tem como principal pensador Paulo Freire. Ele aponta que essa metodologia reconhece que os estudantes são os construtores de seus próprios conhecimentos e essas construções devem partir, em absoluto, de suas vidas e suas vivências. No entanto, um dos problemas que as equipes de saúde encontram ao trabalhar com indivíduos das classes populares é a dificuldade de compreensão da linguagem e a visão de mundo dessas comunidades. Esse fenômeno ocorre porque os profissionais de saúde entendem mal a maneira como as pessoas das classes mais baixas idealizam e compreendem o mundo a sua volta. Normalmente, as equipes de saúde não concebem que pessoas de zonas periféricas possam produzir conhecimento e, muito menos, que esse conhecimento está intimamente relacionado às suas raízes culturais. Em outra mão, as comunidades igualmente não conseguem entender a lógica das equipes de saúde, o que cria uma enorme lacuna entre os pensamentos e sentimentos dos usuários e trabalhadores da saúde.

Numa tentativa de oferecer informações sobre a saúde da mulher e da população negra, de alguma forma, a lacuna do desconhecimento quase completo da PNSIPN apresentada pelas usuárias entrevistadas, criamos uma conta na rede social Instagram, sob o domínio “mulher.negraesaude” (Figura 6), desde o mês de dezembro de 2020. Esta conta objetiva apresentar/dar ciência à população de modo geral e também aos profissionais da saúde sobre a PNSIPN, além de balizar saberes e divulgar novas práticas de saúde para a população negra e da mulher negra em especial, levando em consideração, neste momento, a pandemia de Covid-19 e a segurança sanitária.

Realizamos também algumas enquetes com o fim de nos orientar quanto aos temas/assuntos que mereceriam ser veiculados a partir de informações fiéis cientificamente e provenientes de fontes confiáveis, para serem postadas numa linguagem mais informal e acessível.

Figura 6: Identidade Visual Instagram Mulher Negra e Saúde



<https://www.instagram.com/mulher.negraesaude/>

Gmail: mulher.negraesaude@gmail.com

ID: mulher.negraesaude

Fonte: Arquivos da Pesquisa

O Instagram foi criado visando atender de modo especial as pessoas comuns usuárias e usuários das instituições públicas de saúde. Visto entendermos, que as lacunas na formação dos profissionais de saúde requerem um trabalho mais formal e intenso, em espaços destinados a esse aprendizado, mesmo que seja por meio dos projetos extensionistas das universidades.

7. Considerações Finais

A discriminação racial se mostra como um dos fatores estruturantes das desvantagens econômicas e sociais, enfrentadas por minorias étnico-raciais no Brasil. Discriminar racialmente um indivíduo é dispensar a ele um tratamento diferenciado pautado da raça (ou a outros fatores não justificados), que o coloca em desvantagem perante outros grupos raciais mais privilegiados.

As diferenças socioeconômicas se apresentam como causa das desigualdades étnico-raciais que vão acentuando o fosso social de geração em geração, empobrecendo famílias inteiras e seus descendentes, num círculo perverso. Sugere-se que a discriminação racial se encontra na origem de grande parte das desigualdades, sejam elas econômicas, educacionais ou de acesso aos serviços públicos de saúde.

A pesquisa aqui apresentada demonstrou que os serviços de saúde prestados às usuárias frequentadoras das UBS de Jequié estão, em sua maioria,

aquém das necessidades daquelas mulheres e de suas famílias. Ao mesmo tempo, tais serviços estão, em muitas dessas UBS, contaminados pelo racismo institucional derivado do racismo estrutural que está imbricado nos alicerces da sociedade capitalista de classe, patriarcal e machista, que mantém segmentos da sociedade em permanente estado de exclusão e marginalização por uma sociedade que simplesmente se nega a enxergar suas ações e omissões racistas.

A fala compilada a seguir faz parte das nossas escutas nas sessões de entrevistas e resumem um pouco do racismo e seus desdobramentos nefastos na vida dessas mulheres quando afirmam que passam por situações de humilhação cada vez que percebem um olhar de desprezo, que traz incomôdo e o questionamento do por que são tratadas daquela forma se com as usuárias brancas elas não percebem tais olhares. Ao mesmo tempo, as falas constataam que ser discriminada agrava mais a doença que as levaram a buscar atendimento nas UBS.

Os depoimentos das usuárias que se utilizam dos serviços de saúde das Unidades Básicas de Saúde de Jequié nos possibilitaram a construção do discurso do coletivo dessas mulheres. O Discurso do Sujeito Coletivo nos apresentou o cenário das políticas de saúde voltadas às mulheres negras neste município evidenciando como o atendimento voltado a esse público tem sido limitado e, sobretudo, esse serviço (profissionais e gestores) não tem dialogado com os objetivos, as diretrizes e estratégias de ação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e também com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Necessário se faz que a gestão municipal seja interpelada e forçada a criar mecanismos que garantam o conhecimento e a aplicação dessas políticas, nomeadamente a PNSIPN.

8. REFERÊNCIAS

- 1-BASTOS, João Luiz; FAERSTEIN, Eduardo. **Discriminação e Saúde: perspectivas e métodos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.
- 2- BATISTA, Luís Eduardo. A epidemiologia e as relações raciais: o estudo da mortalidade. In: BARBOSA, Lúcia Maria de A.; SILVA, Petronilha Beatriz Gonçalves e; SILVÉRIO, Valter Roberto (Orgs.). **De preto a afro-descendente: trajetos de pesquisa sobre relações étnico-raciais no Brasil**. São Carlos: EDUFSCar, 2010.
- 3- CHOR; LIMA, 2005; CHOR, Dóra; LIMA, Claudia R. de Araujo. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1586-1594, out. 2005. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500033&lng=en&nrm=iso

- 4- LOPES, Fernanda. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1595-1601, out. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500034&lng=pt&nrm=iso>
- 5- MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Política social com recorte racial no Brasil: o caso da saúde da população negra. In: MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura (Orgs.). Raça como questão: história, ciência e identidades no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.
- 6- MONTEIRO, Simone. Desigualdades em saúde, raça e etnicidade: questões e desafios. In: MONTEIRO, Simone; SANSONE, Livio (Orgs.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.
- 7- OLIVEIRA, Fátima. Saúde reprodutiva, etnicidade e políticas públicas no Brasil. In: MONTEIRO, Simone; SANSONE, Livio (Orgs.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.
- 8- FOUCAULT, Michel. **Genealogía Del Racismo**. La Plata: Editorial Altemira, 1996.
- 9- ALMEIDA, Silvio Luiz de. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018. p. 25
- 10- WERNECK, Jurema. Nossos passos vêm de longe! Movimentos de mulheres negras e estratégias políticas contra o sexismo e o racismo. In: **Vents d'Est, vents d'Ouest: Mouvements de femmes et féminismes anticoloniaux [en línea]**. Genève: Graduate Institute Publications, 2009.
- 11- SOUSA, Neusa Santos. **Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1983, p. 77
- 12- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 13- WERNECK, Juerema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.
- 14- LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005) LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Depoimentos e Discursos**. Brasília: Liberlivro, 2005.
- 15- LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003 LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos)**. 2. ed. Caxias do Sul: Educs, 2003.
- 16- BENJAMIN, Alfred. **A entrevista de ajuda**. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

17- MESQUITA; CARVALHO, 2014, p. 1128) MESQUITA, Ana Cláudia; CARVALHO, Emilia Campos de. A Escuta Terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1127-1136, Dec. 2014. Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000601127&lng=en&nrm=iso)

[62342014000601127&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000601127&lng=en&nrm=iso)>. access

on 21 Jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700022>.

18- GOES, Emanuelle Freitas; SANTOS, Elisa Maria. Racismo, Gênero e Saúde no Brasil. **14. REDOR**. Pernambuco/PE, 2014. Disponível:

<http://www.ufpb.br/evento/index.php/18redor/18redor/paper/viewFile/1944/791>

19- SOUTO, Camila Aguiar. EUGENIA E SEUS REFLEXOS NOS DIREITOS REPRODUTIVOS DA MULHER NEGRA. **4. COPENESUL**, 2019. Disponível:

https://www.copenesul2019.abpn.org.br/resources/anais/11/copenesul2019/1557709207_ARQUIVO_be50ebb56429a206acd1ac701f9810cd.pdf

20- MINELLA, Luzinete Simões. **Gênero e Contracepção: uma perspectiva sociológica**. Florianópolis: UFSC, 2005

21- ROLAND, Edna. Direitos Reprodutivos e Racismo no Brasil. **Estudos Feministas**, n. 506, ano. 3. Rio de Janeiro, 1995.

22- Schwarcz LM, Queiroz RS (Orgs.). Raça e Diversidade. São Paulo: EDUSP, 1996

23- Stepan (2005) e STEPAN, Nancy Leys. **A hora da Eugenia: raça, gênero e nação na América Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005

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

25- BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: Norma Operacional da Assistência à Saúde**, 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2002

26- SILVA, Tainan M. Guimarães Silva e. O colorismo e suas bases históricas discriminatórias. **Direito UNIFACS – Debate Virtual**, n. 201, 2017.

27- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013, p. 18.

28- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013, p. 27.

29- ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(1) :319-325, 2011

SOBRE AS AUTORAS

Soraya Mendes R. Adorno

Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

E-mail: sorayaadorno@uesb.edu.br

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2603-7712>

Ana Angélica Leal Barbosa

Docente do Programa de Pós-graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

E-mail: aabarbosa@uesb.edu.b

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3877734201820260>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0370-202X>

Alba Benemérita Alves Vilela

Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

E-mail: abavilela@uesb.edu.br

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4515220905572869>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1187-0437>

Considerações Finais

Os estudos realizados mostram como a saúde da mulher e da população negra é um campo rico para pesquisas e reflexões tanto na área da saúde coletiva e saúde das populações como, também, para investigações na área das políticas públicas, que visem apontar caminhos para a efetiva implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra na perspectiva da saúde da mulher negra.

A pesquisa também revelou a vulnerabilidade de ser mulher em uma sociedade de classes e machista, principalmente quando essa mulher é negra, pobre e necessita dos serviços públicos de saúde para ela e sua família se manterem saudáveis, na contramão da indústria da doença que a dia lucra mais com as doenças, muitas delas geradas pela exclusão social e de toda sorte de discriminação, sendo a mais perversa a racial.

É premente se pensar políticas públicas e de inclusão social dentro de uma perspectiva transversal de gênero, que efetivamente compreenda os efeitos desiguais gerados na vida das mulheres em uma situação de constante situação segregatória que produz mais desigualdades na vida das mulheres acentuando-as a cada dia, a cada governo racista, misógino e negacionista.

Os depoimentos das usuárias que se utilizam dos serviços de saúde das Unidades Básicas de Saúde de Jequié nos possibilitaram a construção Discurso do Sujeito Coletivo nos apresentou o cenário das políticas de saúde voltadas a população e às mulheres negras que neste município não tem dialogado com os objetivos, as diretrizes e estratégias de ação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e também com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Assim, precisamos chamar a gestão municipal à sua responsabilidade de oferecer esse diálogo aos profissionais que atendem a essas mulheres, mas que implemente ações que de fato traga a PNSIPN para o cotidiano das UBS e para a vida e saúde dessas mulheres.

Referências

ADORNO, Sérgio. Violência e racismo: discriminação no acesso à justiça penal. In: SCHWARCZ, Lilia Moritz; QUEIROZ, Renato da Silva (Orgs.). **Raça e Diversidade**. São Paulo: EDUSP, 1996.

AGOSTINI, Nilo. Conscientização e Educação: ação e reflexão que transformam o mundo. **Pro-Posições**. v. 29, n. 3, set./dez. 2018, versão *On-line* ISSN 1980-6248. <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0105>, ISSN 1980-6248

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. 1.ed. São Paulo: Pólen, 2018.

ALBERTI, Verena. História Oral: a experiência do CPDOC. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, 44 (1): 85, jan./mar. 1991.

ALFAIA, Carmelita da Cunha. **Violência contra a mulher negra**: efeitos sobre suas relações socioeconômicas e afetivas. 2019. Dissertação (Mestrado em Segurança Pública) – Programa de Pós-Graduação em Segurança Pública, Universidade Federal do Pará, Belém, 2019.

ALMEIDA, Maria Vilma Bonifácio de. **Caminhos da Política Nacional de Saúde da população negra**: ideias, atores, interesses e institucionalidade. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(1) :319-325, 2011

ANDRADE, Mailô de Menezes Vieira. **“O perigo está dentro de casa”**: o crime de estupro em contexto doméstico e familiar no período de isolamento social. *Conjur*, 2020. Disponível em: < <https://www.conjur.com.br/2020-jun-01/mailo-andrade-perigo-dentro-casa>>. Acesso em: 02 jul. 2020.

AUGUSTO, Cleiclei Albuquerque; SOUZA, José Paulo de; DELLAGNELO, Eloise Helena Livramento; CARIO, Silvio Antonio Ferraz. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). **RESR**, Piracicaba-SP, v. 51, n. 4, p. 745-764, out./dez. 2013 – Impressa em fev. 2014

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Diretoria de Gestão do Cuidado. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher**, 2016.

BARBOSA, Francisco. **Mulheres negras são as mais afetadas pelas condições impostas pela pandemia**.

<https://www.brasildefato.com.br/2020/08/28/mulheres-negras-sao-as-mais-afetadas-pelas-condicoes-impostas-pela-pandemia>. Acessado: setembro de 2020

BARROS, Aidil J. P.; LEHFELD, Neide Aparecida de S. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

BASTOS, João Luiz; FAERSTEIN, Eduardo. **Discriminação e Saúde: perspectivas e métodos.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

BASTOS, João Luiz; FAERSTEIN, Eduardo. **Discriminação e Saúde: perspectivas e métodos.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

BATISTA, Luís Eduardo. A epidemiologia e as relações raciais: o estudo da mortalidade. In: BARBOSA, Lúcia Maria de A.; SILVA, Petronilha Beatriz Gonçalves e; SILVÉRIO, Valter Roberto (Orgs.). **De preto a afro-descendente: trajetos de pesquisa sobre relações étnico-raciais no Brasil.** São Carlos: EDUFSCar, 2010.

BATISTA, Luís Eduardo; MONTEIRO, Rosana Batista; MEDEIROS, Rogério Araujo. **Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 681-690, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 29 jun. 2020.

BATISTA, Waleska Miguel. A inferiorização dos negros a partir do racismo estrutural de ALMEIDA, Silvio Luiz. O que é racismo estrutural? Belo Horizonte: Letramento, 2018 (Resenha). **Rev. Direito Práx.** Rio de Janeiro, 2018, vol. 9, n. 4, 2018, pp.2581-2589. DOI: 10.1590/2179-8966/2018/36867| ISSN: 2179-8966

Benjamin, Alfred. **A entrevista de ajuda.** São Paulo: Martins Fontes, 1983.

BENTO, Maria Aparecida Silva. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: BENTO, Maria Aparecida Silva; CARONE, Iray (Orgs.). **Psicologia Social do Racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 2002.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC.** v. 2, n. 1 (3), jan./jul. 2005, p. 68-80.

BRASIL. **Constituição Federal.** Brasília, DF, 1988.

BRASIL. **Lei 13.979.** Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019, 6 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros** (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília, DF, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: Norma Operacional da Assistência à Saúde,** 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde**

Integral da População Negra: uma política para o SUS. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS /** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº. 2.118 de 03/11/2005.** Estabelece Cooperação Técnica Entre MEC e MS na Formação e Desenvolvimento dos Profissionais da Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, ano XLVI, n. 212, p. 8202, 04 de nov. 2005

BRASIL-Ministério da Saúde. Emergência epidemiológica de febre amarela no Brasil, no período de dezembro de 2016 a julho de 2017. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde.** v. 48, n. 28, 2017 ISSN 2358-9450

BRAVO, M. I. S. (Org.). **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2006.

BRIGHENTE, Miriam Furlan; MESQUIDA, Peri. Paulo Freire: da denúncia da educação bancária ao anúncio de uma pedagogia libertadora. **Pro-Posições**, v. 27, n. 1 (79), p. 155-177, jan./abr. 2016

CARDOSO, Cláudia Pons. Amefricanizando o feminismo: o pensamento de Lélia Gonzalez. **Estudos Feministas.** Florianópolis, 22(3): 320, set./dez./2014

CARDOSO, Mariana de Castro Brandão; MATTOS, Amália Ivine Santana; SANTOS, Adje Silva; CORDEIRO, Técia Maria Santos Carneiro e. Processo de regionalização na saúde: perspectivas históricas, avanços e desafios. **Enfermagem Brasil.** v. 15, n. 4. 2016

CARNEIRO, Fernanda. Nossos passos vêm de longe... *In:* WERNEK, Jurema; MENDONÇA, Maisa; WHITE, Everlyn C. (Orgs.). **O Livro da Saúde das Mulheres Negras: nossos passos vêm de longe.** 2. ed. Rio de Janeiro: Pallas/Criola, 2006.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], 2005, vol.10, n.4, pp.975-986. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Verbetes: Educação permanente em saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde** [online], 2009.

Disponível em:

<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html> 2009.

Acessado em: 22/10/2019.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva.** 14(1), pp.41-65, 2004.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade Febril: cortiços e epidemias na corte imperial**. 2 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

CHOR, Dórea; LIMA, Claudia R. de Araujo. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1586-1594, out. 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500033&lng=en&nrm=iso

COÊLHO, Marta Roberta Santana. **Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

COLL, C. & MONEREO, C. **Psicologia da educação virtual: aprender e ensinar com as tecnologias da informação e da comunicação**. São Paulo: Artmed, 2010.

CORREIA, Miraci dos Santos. **Análise da implantação da política de saúde da população negra no estado de Sergipe**. 2015. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Núcleo de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2015.

CRUZ, Isabel Cristina Fonseca da. A sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 448-457, Dez. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 jun. 2020.

DAMASCO, Mariana Santos; MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 1, pág. 133-151, abr. de 2012.

DOMINGUES, Petrônio. Movimento negro brasileiro: alguns apontamentos históricos. **Tempo** [online], v. 12, n. 23, p. 100-22, jul. 2007. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=167013398007> ISSN 1413-7704

DUARTE, Marco José de Oliveira. Vidas precárias e LGBTQIfobia no contexto da pandemia: a necropolítica das sexualidades dissidentes. **APES**, 2020. Disponível em: https://www.apesjf.org.br/wp-content/uploads/LGBT_Convid_19_APES-1.pdf. Acesso em: 02 jul. 2020.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; MAMEDE, Marli Villela; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. Opções Teórico-Metodológicas em Pesquisas Qualitativas: Representações Sociais e Discurso do Sujeito Coletivo. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.4, p.620-626, 2009 625

FERRARO, Alceu Ravello. Quantidade e qualidade na pesquisa em educação, na perspectiva da dialética marxista. **Pro-Posições**, Campinas, v. 23, n. 1 (67), p. 129-146, jan./abr. 2012

FERREIRA, Ricardo Franklin. **Afro-descendente**: identidade em construção. São Paulo: EDUC; Rio de Janeiro: Pallas, 2004.

FIGUEIREDO, Marília Z. A.; CHIARI, Brasília M.; GOULART, Bárbara N. G. de. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. **Distúrb Comun**, São Paulo, 25(1), pp. 129-136, abr., 2013.

FÓRUM ENFRENTANDO O RACISMO INSTITUCIONAL PARA PROMOVER SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA NO SUS, 2012, Brasília, DF. Relatório final sobre o fórum “enfrentando o racismo institucional para promover saúde integral da população negra no SUS”. Brasília, DF, 2012, p. 21-24. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio_forum_enfrentamento_racismo.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2020.

FOUCAULT, Michel. **Genealogía del racismo**. La Plata: Editorial Altemira, 1996.

FRANK, Alejandro G. **Formatos alterativos de teses e dissertações**. [online]. Ciência Prática, 2015 [Acessado em: 03 Janeiro 2021]. Disponível em: <https://cienciapratica.wordpress.com/2013/04/15/formatos-alterativos-de-teses-e-dissertacoes/>

FRY, P. H. O significado da anemia falciforme no contexto da “política racial” do governo Brasileiro 1995-2004. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, v. 12, n. 2, p. 374-70, maio-ago. 2005.

FRY, Peter H. et al. AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 497-507, mar. 2007.

GOES, Emanuelle Freitas; SANTOS, Elisa Maria. Racismo, Gênero e Saúde no Brasil. **14. REDOR**. Pernambuco/PE, 2014. Disponível: <http://www.ufpb.br/evento/index.php/18redor/18redor/paper/viewFile/1944/791>

GOMES, Hayane Mateus Silva. “Pia, é negro e só quer ser o que não é”: interface entre racismo, saúde, doenças e práticas culturais. **Caderno Imbondeiro**, João Pessoa, v. 3, n. 2, 2014.

GOMES, Nilma Lino. Programa Ações Afirmativas na UFMG – Brasil: uma estratégia de resistência negra na diáspora africana. In: Congresso Luso-Afro-brasileiro de Ciências Sociais, 8., 2004, Coimbra Portugal. **Anais...** Coimbra: Universidade de Coimbra, 2004.

GONZALEZ, Lélia. A categoria político-cultural de amefricanidade. **Tempo Brasileiro**. Rio de Janeiro, n.º 92/93.(jan./jun.), p. 69-82.1988.

GONZALEZ, Lélia. Por um feminismo afro-latino-americano. In: **Caderno de Formação Política do Círculo Palmarino n. 01 Batalha de Ideias**. (2011). 2011. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/271077/mod_resource/content/1/Por%20um%20feminismo%20Afro-latino-americano.pdf. Acessado em 07 de setembro de 2020.

- GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**. Anpocs. p. 223-244. 1984.
- GUIMARÃES, Juca. Conceição Evaristo: "Não leiam só minha biografia. Leiam meus textos". **Brasil de Fato**. 2018.
<https://www.brasildefato.com.br/2018/11/20/conceicao-evaristo-nao-leiam-so-minha-biografia-leiam-meus-textos#:~:text=%22Antes%20de%20lerem%20nossos%20textos,por%20favor%20leiam%20meu%20texto%22>. Acessado em 37 de novembro de 2020.
- HASENBALG, Carlos A. **Discriminação e desigualdades raciais no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- HASENBALG, Carlos A. Entre o mito e os fatos: racismo e relações raciais no Brasil. In: MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura (Orgs.). **Raça, Ciência e Sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB, 1996.
- HASENBALG, Carlos A.; SILVA, Nelson do Valle (Orgs.). **Origens e Destinos: desigualdades sociais ao longo da vida**. Rio de Janeiro: TOPBOOKS, 2003.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Desemprego diante da pandemia bate novo recorde em outubro, aponta IBGE**. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/12/01/desemprego-diante-da-pandemia-volta-a-bater-recorde-em-outubro-aponta-ibge.ghtml>>. Acesso em: 08 jan. 2021.
- JESUS, Carolina Maria de. A literatura e a fome. In: **Quarto de despejo: diário de uma favelada**. São Paulo: Ática, 1993.
- JODELET, Denise. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. Uerj, 2001.
- LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Depoimentos e Discursos**. Brasília: Liberlivro, 2005.
- LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. Discurso do Sujeito Coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto Contexto Enferm**, 23(2), pp. 502-7, abr./jun. 2014
- LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos)**. 2. ed. Caxias do Sul: Educs, 2003.
- LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. O Sujeito Coletivo que Fala. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n.20. p.p. 517-24, jul./dez. 2006
- LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Pesquisa de Representação Social: um enfoque quali-quantitativo**. 2. ed. Brasília: Liber Livro, 2014.
- LOPES, Fernanda. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1595-1601, out. 2005.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500034&lng=pt&nrm=iso>

LÓPEZ, Laura Cecília. O Conceito de Racismo Institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p.121-34, jan./mar. 2012.

MAHER, Cristina Machado. **Nem tudo é estar fora**: o movimento de mulheres negras e as articulações entre saúde e raça. 2005. 146 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Política social com recorte racial no Brasil: o caso da saúde da população negra. In: MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura (Orgs.). **Raça como questão**: história, ciência e identidades no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 419-446, ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2020.

MARTIN, Joyce Castro. **Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil no Brasil**: enfoque na evitabilidade das causas. 2018. 101 f. Dissertação (Mestrado). Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2018.

MATTOSO, Katia M. de Queirós. **Ser Escravo no Brasil**: séculos XVI-XIX. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

MENDES, Janaína Dutra. As mulheres a frente e ao centro da pandemia do novo Coronavírus. **Revista Metaxy**, 2020. Disponível em: <<https://revistas.ufrj.br/index.php/metaxy/announcement/view/467>> . Acesso em: 02 jul. 2020.

MESQUITA, Ana Cláudia; CARVALHO, Emilia Campos de. A Escuta Terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1127-1136, Dec. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000601127&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700022>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.) **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MINELLA, Luzinete Simões. **Gênero e Contracepção**: uma perspectiva sociológica. Florianópolis: UFSC, 2005

MONTEIRO, Rosana Batista. Educação permanente em saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação das relações étnico-raciais e para ensino de

História e Cultura Afro-Brasileira e Africana. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 524-534, set. 2016.

MONTEIRO, Simone. Desigualdades em saúde, raça e etnicidade: questões e desafios. In: MONTEIRO, Simone; SANSONE, Livio (Orgs.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2010.

MUNANGA, Kabengele. Mestiçagem e experiências interculturais no Brasil. In: SCHWACZ, Lilia Moritz; REIS, Letícia Vidor de Souza (Orgs.). **Negras Imagens**. São Paulo: Edusp, 1996.

NASSI-CALÒ, Lilian. Teses e dissertações: prós e contras dos formatos tradicional e alternativo [online]. **SciELO em Perspectiva**, 2016 [Acessado em: 03 Janeiro 2021]. Disponível em: <https://blog.scielo.org/blog/2016/08/24/teses-e-dissertacoes-pros-e-contras-dos-formatos-tradicional-e-alternativo/>

NICOLAU, Karine Wlasenko; ESCALDA, Patrícia Maria Fonseca; FURLAN, Paula Giovana. Método do Discurso do Sujeito Coletivo e Usabilidade dos Softwares Qualiquantisoft e DSCsoft na Pesquisa Qualiquantitativa em Saúde. **Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science**. v.4, n.3, jul.-dez. 2015, p. 87-101. ISSN 2238-8869.
<http://revistas.unievangelica.edu.br/index.php/fronteiras/>

NUNES, Nilza Rogéria de Andrade. SOUZA, Patrícia Cristina Santana de. Para ficar em casa é preciso ter casa: desafios para as mulheres em situação de rua em tempos de pandemia. **Revista Augustus**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 51, p. 97-112, jul./out. 2020.

OLIVEIRA, Fátima. Saúde reprodutiva, etnicidade e políticas públicas no Brasil. In: MONTEIRO, Simone; SANSONE, Livio (Orgs.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

OLIVEIRA, Maria Luísa Pereira de Oliveira. **Subjetividade e Identidade das Mulheres Negras: efeitos da discriminação racial**. 2009. 76 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2009.

OLIVEIRA, Priscila Patrícia Moura. **Manual Interativo de Utilização do Instagram como Ferramenta Pedagógica**. Rio Pomba, 2020.

PÁDUA, Elisabete Matallo Marchesini de. **Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática**. 11. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2005.

PELLANDA, Eduardo Campos; STRECK, Melissa. Instagram como interface da comunicação móvel e ubíqua. **Sessões do Imaginário** [online], v. 22, n. 37, p. 10-19, 2017. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/famecos/article/view/28017/15936>. Acesso em: 20 dez. 2020.

PISANI, Mariane da Silva. O enfrentamento e a sobrevivência ao Coronavírus também precisa ser uma questão feminista! **Cadernos de Campo**, São Paulo, v. 29, n.1, p.156-162, 2020.

REICHMANN, Rebecca. Mulher negra brasileira um retrato. **Estudos Feministas**. v. 497, n. 2, ano 3, 2º sem./1995.

RIBEIRO, Djamila. **Simone de Beauvoir e Judith Butler**: aproximações e distanciamentos e os critérios da ação política. 103 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Filosofia, Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Paulo, 2015

RISCADO, Jorge Luís de Souza; OLIVEIRA, Maria Aparecida Batista de; BRITO, Ângela Maria Benedita Bahia de. Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 96-108, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000600010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2020.

RODRIGUES, Adriana Severo. Raça, gênero e sistema prisional: relato de experiências com mulheres negras que cumprem penas em regime aberto ou semi-aberto. **Revista África e Africanidades**, Goiânia, ano 1, n. 3, nov. 2008.

ROLAND, Edna. Direitos Reprodutivos e Racismo no Brasil. **Estudos Feministas**, n. 506, ano. 3. Rio de Janeiro, 1995.

ROSSI, P.; DWECK, E. Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação. **Cadernos Saúde Pública**, 2016. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/csp>. Acesso em: 02 jul. 2020.

SAMPAIO, Elias de Oliveira. Racismo Institucional: desenvolvimento social e políticas públicas de caráter afirmativo no Brasil. **INTERAÇÕES Revista Internacional de Desenvolvimento Local**. v. 4, n. 6, p. 77-83, mar. 2003.

SANTA ROSA, Patricia Lima Ferreira. **Mulheres negras, o cuidado com a saúde e as barreiras na busca por assistência**: estudo etnográfico em uma comunidade de baixa renda. 2013. 177 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

SANTANA, Judith Sena da Silva. Percurso Metodológico. In: SANTANA, Judith Sena da Silva; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do (Orgs.). **Pesquisa**: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. UESF Editora: Feira de Santana, Bahia, 2010.

SANTANA, Marise de. ODÊ ERÊ: espaço de construção de conhecimento Afro-brasileiro. In: SANTANA, Marise de [et. al]. **Odeere**: formação docente, linguagens visuais e legado africano no sudoeste baiano. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2014.

SANTOS, Joel Rufino. **O que é Racismo**. Coleção primeiros passos. Abril Cultural: Brasiliense, 1984.

SANTOS, Lara Gabriella Alves dos. **Carolina Maria de Jesus: análise identitária em Quarto de Despejo - diário de uma favelada**. Dissertação (Mestrado). Programa de Mestrado em Estudos da Linguagem, Universidade Federal de Goiás, 2015.

SANTOS, Naila Janilde Seabra. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade à DST/HIV/aids. **Saúde e Sociedade**, 2016, vol.25, n.3, p.602-618.

SANTOS, Ricardo Ventura; MAIO, Marcos Chor. Qual 'retrato do Brasil'? Raça, biologia, identidades e política na era da genômica. **Mana: Estudos de Antropologia Social**, 10 (1): p. 61-95, 2004.

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

SILVA, Jorge da. **Violência e racismo e no Rio de Janeiro**. 3 ed. Niterói: EDUFF, 2016.

SILVA, Leonice de Jesus; SOUZAS, Raquel. (Re) existência "Margarida" - mulher negra quilombola: identidade, religiosidade e o poder de cura na Chapada da Diamantina - BA. **ODEERE**, Jequié, v. 4, n. 7, jan./jun. de 2019.

SILVA, Natália Pereira da. **Femicídio: Uma Análise Constitucional dos Fatores Sociais da Violência Contra Mulheres Negras no Brasil**. Conteúdo Jurídico, Brasília, 2019. Disponível em:
<<https://conteudojuridico.com.br/consulta/artigos/53720/femicidio-uma-analise-constitucional-dos-fatores-sociais-da-violencia-contra-mulheres-negras-no-brasil>>. Acesso em: 01 dez. 2020.

SILVA, Nelson do Valle. Extensão e natureza das desigualdades raciais no Brasil. In: GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo; HUNTLEY, Lynn (Orgs.). **Tirando a máscara: ensaios sobre racismo no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

SILVA, Tainan M. Guimarães Silva e. O colorismo e suas bases históricas discriminatórias. **Direito UNIFACS - Debate Virtual**, n. 201, 2017.

SOUSA, Neusa Santos. **Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1983

SOUTO, Camila Aguiar. EUGENIA E SEUS REFLEXOS NOS DIREITOS REPRODUTIVOS DA MULHER NEGRA. **4. COPENESUL**, 2019. Disponível:
https://www.copenesul2019.abpn.org.br/resources/anais/11/copenesul2019/1557709207_ARQUIVO_be50ebb56429a206acd1ac701f9810cd.pdf

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

TAVARES, Helen Hana Fernandes Florianópolis et al. Análise e perspectiva sobre a formação do profissional de saúde para o atendimento à mulher negra. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, Florianópolis, v. 15, n. 28, p.19-28, abr. de 2018.

TELLES, Edward. **Racismo à brasileira: uma nova perspectiva sociológica**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Fundação Ford, 2003.

- THIOLLENT, Michel. **Metodologia da Pesquisa**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001
- THIOLLENT, Michel. **Pesquisa-Ação nas Organizações**. São Paulo: Atlas, 1997
- VALLE, Karina de França Silva. **A questão étnico-racial em tempos de crise**. ONU BRASIL, Boletim n. 06. out./2020, 2020.
- VARGA, István van Deursen. "Racialização" das políticas de saúde? (Nota sobre as políticas de saúde para as populações negra e indígena). **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 178-181, ago. 2007.
- VARGA, István van Deursen; CARDOSO, Raimundo Luís Silva. Controle da hipertensão arterial sistêmica na população negra no Maranhão: problemas e desafios. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 664-671, set. 2016.
- VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- VIEGAS, Deuzilene Pedra; VARGA, István van Deursen. Promoção à saúde da mulher negra no povoado Castelo, Município de Alcântara, Maranhão, Brasil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 619-630, 2016.
- VIERIA, Paulo Alberto dos Santos; MEDEIROS, Priscila Martins. Pela desracialização da experiência: discurso nacional e educação para as relações étnico-raciais. In: MISKOLCI, Richard; LEITE JÚNIOR, Jorge (Orgs.). **Diferenças na Educação**: outros aprendizados. São Carlos: EdUFSCar, 2014.
- WERNECK, Juerema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.
- WERNECK, Jurema. Nossos passos vêm de longe! Movimentos de mulheres negras e estratégias políticas contra o sexismo e o racismo. In: **Vents d'Est, vents d'Ouest: Mouvements de femmes et féminismes anticoloniaux** [en línea]. Genève: Graduate Institute Publications, 2009.
- WERNEK, Jurema; IRACI, Nilza (Coord.). **A Situação dos Direitos Humanos das Mulheres Negras no Brasil Violências e Violações**. Criola/Geledés: São Paulo, 2016.
- WERNECK, J. O Belo ou o Puro?: Racismo, eugenia e novas (bio)tecnologias. In Rotania, A. A & Werneck, J. (Org). **Sob o Signo das Bios**: vozes críticas da sociedade civil. v. 1. R.J.: E-papers Serviços Editoriais, 2004

Páginas da Internet consultadas:

<http://www.tolteca.com.br/noticiadscsoft.aspx>

<https://ares.unasus.gov.br/acervo/simple-search?query=sa%C3%BAde+integral+da+popula%C3%A7%C3%A3o+negra> - Acervo

<https://cebes.com.br/ubs-julia-magalhaes-2400715/>. Acessado: em 02 de julho de 2020.

<https://cienciapratica.wordpress.com/2013/04/15/formatos-alterativos-de-teses-e-dissertacoes/>

<https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2019/11/20/consciencia-negra-numeros-brasil/>. Acessado em 15 de junho de 2020.

<https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/45294> - Curso

<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2019/10/negras-ganham-menos-e-sofrem-mais-com-o-desemprego-do-que-as-brancas.shtml> reportagem de 8 de outubro de 2019. Acessado em 15 de junho de 2020

Apêndice

Apêndice – A



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 466, de 12 de Dezembro de 2012.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Eu, Soraya Mendes Rodrigues Adorno, doutoranda do programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, *Campus* de Jequié, orientanda da Prof^a Dr^a Alba Benemerita Alves Vilela, estou realizando a pesquisa: **SAÚDE DA MULHER NEGRA: VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UBS A PARTIR DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO**. Este estudo poderá produzir o diagnóstico dos saberes dos(as) trabalhadores(as) da saúde que atendem em Unidades Básicas de Saúde do Município de Jequié/BA acerca da saúde da mulher negra, nos possibilitando conhecer as ações realizadas ao atendimento da mulher negra na Unidade de Saúde, além de compreender de que forma e em que medida as ações dos profissionais da saúde contribuem ou não para valorização e afirmação identitária da mulher negra usuária deste serviço de saúde ou se em nada contribuem para isso. A pesquisa tem como objetivo geral: Analisar os saberes (conhecimentos) dos(as) trabalhadores(as) da Atenção Básica sobre o atendimento à saúde da mulher negra. E como objetivo específico: Analisar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no que se refere a atenção à saúde da mulher da negra, subsidiada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Propomos, se possível, conhecer a estrutura de funcionamento da Secretaria Municipal de Saúde de Jequié no que se refere ao atendimento à saúde da mulher negra.

Como instrumentos para a coleta de dados empíricos serão utilizados formulários virtuais e entrevistas semiestruturadas realizados por meio de espaços virtuais de comunicação. Nas entrevistas, se o (a) senhor (a) sentir-se desconfortável em responder a alguma pergunta, fique à vontade para não a responder. No caso dos formulários todas as perguntas são de cunho obrigatório. Sua participação é voluntária e livre de qualquer forma de pagamento, podendo desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo e/ou penalidades para o (a) senhor (a) ou a sua família. Nós guardaremos os registros do (a) senhor

(a), e somente o pesquisador responsável e colaboradores terão acesso a essas informações. Se qualquer relatório ou publicações resultar deste trabalho, a identificação do (a) senhor (a) não será revelada. Garantimos estar disponíveis para atender quaisquer dúvidas e/ou solicitação para esclarecimento adicional que seja solicitado durante o decorrer da pesquisa. Poderá entrar em contato com Soraya Mendes Rodrigues Adorno e/ou Alba Benemerita Alves Vilela no endereço da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequiezinho/ Jequié-Bahia - CEP: 45.206-190, na Sala de Coordenação do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem e Saúde (PPGES) ou pelo telefone (73) 3528-9600 ou pelos e-mails: sorayaadorno@hotmail.com e alba_vilela@hotmail.com. Ou ainda pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB - Instância local de controle social em pesquisa que visa à proteção dos direitos e a dignidade dos participantes, que se localiza na UESB, no 1º andar do Módulo Administrativo, Sala do CEP/ UESB. Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequiezinho, Jequié-Bahia, CEP: 45.206-510. Ou pelo telefone: (73) 3528-9600 ou pelo e-mail: cepuesb.jq@gmail.com ou cepjq@uesb.edu.br.

Se o (a) senhor (a) aceita participar livremente deste estudo, por favor, valide (consentimento eletrônico) este termo de consentimento. Agradeço sua colaboração!

Apêndice – B



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Questionário para os Profissionais:

1. Para evitar duplicação no preenchimento deste formulário solicitamos que informe seu e-mail e os 4 últimos números de seu celular a seguir (Ex. nononon@nononno.com.br / 1234). Lembramos que o sigilo desta pesquisa é garantido pela Resolução 466/2012 Conselho Nacional de Saúde?
2. Gênero:
3. Faixa etária?
4. Cor/etnia/raça?
5. Estado de nascimento?
6. Cidade de nascimento?
7. Escolarização ou última titulação?
8. Instituição que concluiu seus estudos?
9. Nessa instituição e/ou na sua formação profissional o tema “Racismo” fez parte das discussões e ações educativo-formativas?
10. Se sim na pergunta anterior, em que momento ou disciplina?
11. Na sua formação profissional o tema “Saúde da População Negra” fez parte das discussões e ações educativo-formativas?
12. Se sim na pergunta anterior, em que momento ou disciplina?
13. Qual sua religião?
14. Em que função você atua nesta Unidade Básica de Saúde?
15. Há quanto tempo atua na área da saúde?
16. Desde que você trabalha nesta Unidade Básica de Saúde sempre atuou no mesmo setor ou função?
17. Havendo mudado de função, onde atuava antes e onde atua agora?
18. Você tem conhecimento que existe uma Política Nacional de Saúde Integral da População Negra?
19. Se sim, como você teve contato com essa política?
20. Na Unidade Básica de Saúde que você trabalha são oferecidas ações de saúde destinadas ao atendimento da mulher negra?

21. Se sim na pergunta anterior, quais ações de saúde são oferecidas destinadas ao atendimento da mulher negra?
22. Quais seus saberes/conhecimentos sobre a saúde da mulher negra?
23. Na sua opinião há a necessidade de os profissionais de saúde terem conhecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra?
24. Em caso afirmativo na pergunta anterior, o que poderia ser feito para que mais profissionais da saúde tivessem acesso e conhecimento dessa Política especialmente sob a perspectiva da saúde da mulher negra?
25. Você teve COVID-19?
26. Algum(a) colega de trabalho contraiu COVID-19?
27. Alguém que mora com você contraiu COVID-19?
28. Há algo (informação, questionamento, dúvida, observação, colaboração) que gostaria de acrescentar a este formulário?

Apêndice – C



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ENFERMAGEM E SAÚDE

PERGUNTAS NORTEADORAS DA ENTREVISTA – USUÁRIAS

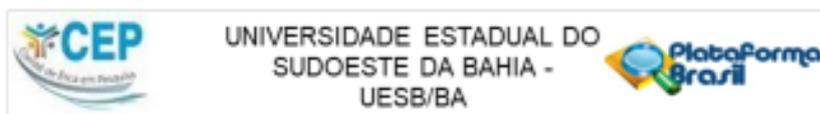
- Após as perguntas sócio demográficas (Gênero; Faixa etária; Cor/etnia/raça; Lugar de nascimento; Escolarização; Quantidade de filhos):

1. Você já ouviu falar que existe uma Política Nacional de Saúde da População Negra? Onde?
2. Se nunca ouviu falar, tem ideia do que seja?
3. Qual UBS que você procura atendimento?
4. Você vai à UABS por quais motivos?
5. Como é o atendimento na UABS que você frequenta?
6. Você já vivenciou ou presenciou uma situação de racismo na UBS que você frequenta?
7. Qual a cor das pessoas que você vê na UBS que você frequenta?
8. Você teve Covid-19?
9. Alguém de sua família teve Covid-19?
10. Quem mora com você teve Covid-19?

Anexos

ANEXO - A

Parecer CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIOS NA CONSOLIDAÇÃO DE UM MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Pesquisador: Alba Benemerita Alves Vilela

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 61486015.9.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia -UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.130.372

Apresentação do Projeto:

"...Estudo multicêntrico de caráter qualitativo, exploratório e pesquisa-ação que é um tipo particular de pesquisa participante que supõe intervenção participativa na realidade social. O cenário do estudo serão os municípios de Aiquara, Jequié, Itabuna e Itajuípe, tendo como campos de investigação as Unidades de Saúde da Família, os Centros de Saúde, as Equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, além das Secretarias Municipais de Saúde. Os informantes serão os gestores e

trabalhadores de saúde. Para a coleta de dados serão usados multimétodos, tais como grupo focal, entrevista semiestruturada, observação sistemática, diário de campo e a técnica de associação livre de palavras. Será utilizada para a análise de dados a cartografia, análise de conteúdo e análise do discurso. Como resultados, espera-se o diagnóstico dos principais entraves na execução e consolidação da Atenção Básica que é o modelo de reorientação do sistema de saúde no Brasil"

Objetivo da Pesquisa:

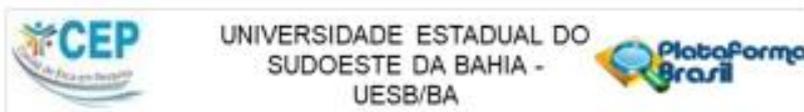
Objetivo Primário:

Analisar o processo de trabalho em saúde e os desafios para a consolidação do modelo de atenção à saúde na Rede da Atenção Básica em Municípios Baianos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequeizinho CEP: 45.206-510
UF: BA Município: JEQUE
Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cep@uesb.edu.br



Continuação do Parecer: 4.130.372

A execução desse projeto não apresenta risco para o participante, com exceção de possíveis constrangimentos ao participar de uma entrevista ou durante o grupo focal. Sendo facultado ao participante se desligar do projeto em qualquer momento de sua execução.

Benefícios:

Como potenciais benefícios esse projeto pode possibilitar o diagnóstico dos principais gargalos enfrentados no processo de trabalho e na gestão da Atenção Básica em Saúde, além de apontar novos rumos na condução do processo de trabalho e na formação em saúde voltada para a Atenção Básica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de Emenda ao projeto original com a justificativa de acréscimo das informações para analisar o contexto das mudanças realizadas no processo de trabalho das equipes da ESF, impostas emergencialmente pela pandemia do novo coronavírus, que implicará em reflexões dos profissionais e gestores em relação às ações de mudanças necessárias neste âmbito, bem como a capacidade de adaptação e produção de respostas em situações de emergência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1564297_E2.pdf" : OK
- "TCLE_ATUAL.doc" : OK
- "PROJETO_CEP.doc" : OK.

Todos os outros documentos já haviam sido aprovados em avaliação anterior.

Recomendações:

Durante a execução do projeto e ao seu final, anexar na Plataforma Brasil os respectivos relatórios parciais e final, de acordo com o que consta na Resolução CNS 466/12 (itens II.19, II.20, XI.2, alínea d) e Resolução CNS 510/16 (artigo 28, inciso V).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

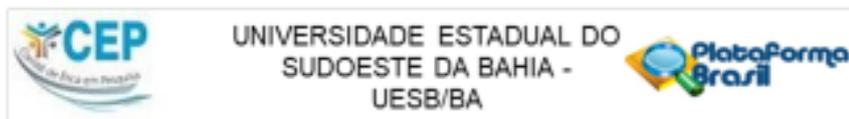
Não há pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião de 30.06.2020, por videoconferência, autorizada pela CONEP, a plenária deste CEP/UESB aprova o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jaqueirinho CEP: 45.206-510
UF: BA Município: JEQUÉ
Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cep@uesb.edu.br

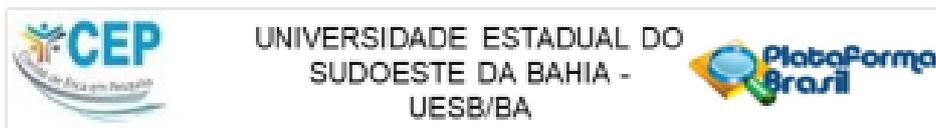


Continuação do Parecer: 4.133.372

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES_BASICAS_1554297_E2.pdf	25/05/2020 20:25:34		Aceito
Outros	TCLE_ATUAL.doc	25/05/2020 20:18:06	Adilson Ribeiro dos Santos	Aceito
Outros	PROJETO_CEP.doc	25/05/2020 20:16:10	Adilson Ribeiro dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	temorafaemandaajustado.docx	15/05/2019 13:31:14	Alba Benemérita Alves Vilela	Aceito
Outros	emendaprojeto.docx	27/02/2019 15:38:03	Alba Benemérita Alves Vilela	Aceito
Outros	Roteno_de_entrevista.doc	14/10/2016 16:10:04	Alba Benemérita Alves Vilela	Aceito
Outros	Itabuna_SMS.jpeg	14/10/2016 16:06:48	Alba Benemérita Alves Vilela	Aceito
Outros	Termo_Imagem_depoimentos.doc	14/10/2016 16:04:25	Alba Benemérita Alves Vilela	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Pesq_Soraya.jpg	14/10/2016 16:02:55	Alba Benemérita Alves Vilela	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Pesq_Juliana.pdf	14/10/2016 16:01:59	Alba Benemérita Alves Vilela	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Pesqu_Adilson.jpeg	14/10/2016 16:00:06	Alba Benemérita Alves Vilela	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Pesq_RoseManuela.pdf	14/10/2016 15:59:38	Alba Benemérita Alves Vilela	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2016_CEP_2.doc	14/10/2016 15:54:27	Alba Benemérita Alves Vilela	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_Pesquisador.pdf	22/08/2016 20:10:54	Alba Benemérita Alves Vilela	Aceito
Outros	Itajupe.pdf	22/08/2016 20:09:13	Alba Benemérita Alves Vilela	Aceito
Outros	Aiquara.pdf	22/08/2016 20:05:54	Alba Benemérita Alves Vilela	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Documentos_ALBA.pdf	22/08/2016 20:05:27	Alba Benemérita Alves Vilela	Aceito
Brochura Pesquisa	Projet_2016_CEP.doc	22/08/2016 20:04:54	Alba Benemérita Alves Vilela	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_2016.pdf	22/08/2016 20:04:26	Alba Benemérita Alves Vilela	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
 Bairro: Joazezinho CEP: 45.206-510
 UF: BA Município: JEQUÉ
 Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cep@uesb.edu.br



Continuação do Processo: 4.130.372

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

JEQUIE, 02 de Julho de 2020

Assinado por:
Douglas Leonardo Gomes Filho
[Coordenador(a)]

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequezinho CEP: 45.200-510
UF: BA Município: JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6883 E-mail: cecep@uesb.edu.br