



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RELAÇÕES ÉTNICAS  
E CONTEMPORANEIDADE – PPGREC  
ÓRGÃO DE EDUCAÇÃO E RELAÇÕES ÉTNICAS – ODEERE

**CARLA MANOELA OLIVEIRA DE ARAÚJO**

**RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS E SAÚDE MENTAL:  
VULNERABILIDADES DE MULHERES NEGRAS**

Jequié/BA

2023

**CARLA MANOELA OLIVEIRA DE ARAÚJO**

**RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS E SAÚDE MENTAL:  
VULNERABILIDADES DE MULHERES NEGRAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade - PPGREC, do Órgão de Educação e Relações Étnicas - ODEERE, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, com área de concentração em Relações Étnicas, Gênero e Sociedade, para obtenção do título de Mestre.

LINHA DE PESQUISA: Etnias, gênero e diversidade sexual.

ORIENTADORA: Prof.<sup>a</sup> Pós-Doutora Luzia Wilma Santana da Silva

Jequié/BA

2023

A663r Araújo, Carla Manoela Oliveira de.  
Relações étnico-raciais e saúde mental: vulnerabilidades de mulheres  
negras / Carla Manoela Oliveira de Araújo.- Jequié, 2023.  
140f.

(Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Relações  
Étnicas e Contemporaneidade da Universidade Estadual do Sudoeste da  
Bahia - UESB, sob orientação da Profa. PhD Luzia Wilma Santana da  
Silva)

1.Vulnerabilidade Social 2.Doenças Crônicas 3.Saúde Mental 4.Mulher  
5.Raça 6.Etnicidade I.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
II.Título

CDD – 616.890082

Rafaella Cância Portela de Sousa - CRB 5/1710. Bibliotecária – UESB - Jequié

**CARLA MANOELA OLIVEIRA DE ARAÚJO**

**RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS E SAÚDE MENTAL: VULNERABILIDADES  
DE MULHERES NEGRAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade, como requisito para obtenção do título de Mestre em Relações Étnicas e Contemporaneidade.

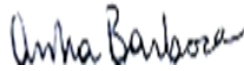
**Linha de Pesquisa 2:** Etnias, Gênero e Diversidade Sexual

**Aprovado em:** 28 de fevereiro de 2023.


**BANCA EXAMINADORA**



Profa. Dra. Luzia Wilma Santana da Silva (UESB)  
Presidente da Banca/Orientadora



Profa. Dra. Ana Angélica Leal Barbosa (UESB)  
Examinadora Interna



Profa. Dra. Raquel Souza (UFBA)  
Examinadora Externa



Profa. Dra. Daniela Rodrigues Goulart Gomes (UFBA)  
Examinadora Externa

**JEQUIÉ  
2023**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todas as mulheres que não tiveram e que não tem, até este momento, acesso à saúde mental, principalmente as mulheres negras e de zonas periféricas de Jequié, BA, e de qualquer lugar do mundo. Mulheres, por que todas as formas de opressão e discriminação como: sexismo, racismo, classismo, violência sexual e doméstica se acentuam em maior grau e gravidade contra as mulheres. Dedico, em especial, às mulheres do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivibilidade com Doenças Crônicas (NIEFAM), a começar pela coordenadora geral do núcleo, que é uma mulher negra e acadêmica, mulher de luta e de força, que tem aberto muitos espaços para que cada vez mais mulheres ressignifiquem suas vivências tão dolorosas e desassistidas pela saúde pública.

## AGRADECIMENTOS

### **A Deus,**

Primeiramente eu agradeço ao Senhor Jesus, Ele esteve comigo em todo o tempo, principalmente nas grandes dificuldades segurando a minha mão e me permitindo a continuar indo de encontro ao que faz sentido em meu ser/estar no mundo. E tornar-me mestra em Relações Étnicas e Contemporaneidade será um marco.

### **Aos familiares,**

Agradeço à minha família, principalmente à minha mãe Carrmozina e minha irmã Cláudia, pela compreensão da minha ausência em muitos momentos e pelo carinho sempre dispensado a mim nos momentos difíceis. Agradeço a Marcos Alberto, por me ajudar com os problemas técnicos do computador e do celular, na minha locomoção para o campo de pesquisa e nas minhas orientações na universidade. Obrigada a cada uma/um de vocês! Eu me sustento em minha base (família). Amo vocês!

### **À orientadora,**

Agradeço à minha orientadora, Profa. Dra. Luzia Wilma Santana da Silva, por compreender as minhas diversas e muitas dificuldades ocorridas neste tempo de percurso de pesquisa e que me permitiu ter como locus o NIEFAM/UESB, lugar este que me inspira a questionar pra quê/quem serve o meu conhecimento e, com tal reflexão, encontro sentido em um Voluntariado em Psicologia há oito anos em sua parceria.

### **À profissional que me inspira,**

Agradeço à Prof.<sup>a</sup> Dra. Milena Maria Sarti, você é o meu referencial *psi* e principalmente psicanalítico, o seu aceite em participar da minha banca de qualificação e suas palavras de contribuição foram muito importantes para a minha pesquisa e minha caminhada até aqui, aliás, mudou todo o meu trabalho.

### **À pessoa que me inspirou,**

Agradeço ao meu “pai preto” *in memoriam*, Sr. Valdeck Miranda, descendente indígena, mas era assim que ele dizia que era pra mim, seria impossível chegar até aqui sem a sua base lá no início das minhas inquietações acadêmicas.

### **Aos colegas da turma de 2020,**

Agradeço aos colegas do PPGREC que compôs esta primeira turma de ensino remoto do Curso de Pós-graduação em nível de Mestrado do Órgão de Educação e Relações Étnicas (ODEERE) em tempos de pandemia pelo SARS-CoV-2, onde alguns sofreram o contágio pelo vírus, tiveram seus familiares, colegas e amigos acometidos pela doença e alguns, até,

perderam entes queridos. A todos nós que sobrevivemos e chegamos até aqui, presto uma honrosa homenagem, pois foi muito difícil para todos nós continuarmos a caminhar e sobrevivermos a todas as peculiaridades pandêmicas, em especial, o distanciamento/isolamento social. Obrigada por cada um que segurou a mão do outro neste momento histórico que vivemos! Em especial, a Tatiane Gonçalves F. Souza, Geroncio Silva Barbosa e Maurício Andrade Almeida, pelos diálogos e compartilhamentos de vivências acadêmicas. E ao colega que se tornou um “grande amigo” e que mais segurou a minha mão nestes momentos, Paulo Roberto Nogueira Silva, o seu apoio, incentivo e escuta foram muito importantes pra mim no processo de aprendizado, dificuldades e de continuidade das práticas do mestrado.

#### **Ao meu trabalho,**

Agradeço à Calçados Ramarim LTDA, nas pessoas de Sanmilly Dias, Aderlan de Almeida, Edilene Moreira e Marcos Artur Rieth pelo apoio aos meus estudos de pesquisa do mestrado. Obrigada por todas as vezes que me permitiram utilizar do espaço físico da empresa e dos aparelhos de mídia/conexão à *internet* para participação das aulas/apresentações de seminários e, por fim, a liberação para as orientações na universidade. Foi imprescindível o apoio de vocês!

#### **A quem pensou o Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade (PPGREC),**

Agradeço à Profa. Marise Santana por não ter medido esforços em toda a sua luta para a criação, implantação e resistência do PPGREC do ODEERE/UESB. É um programa em que eu desejei muito fazer parte e ser pesquisadora de uma das linhas de pesquisa, linhas estas, que são, na nossa atualidade, um lugar de fala para o “grito de socorro” das minorias políticas.

#### **Aos mestres,**

Agradeço aos professores que ao longo do percurso nos ensinaram a importância de se ter dedicação, compromisso e respeito com a pesquisa, pois, nos tornamos pesquisadores a partir de um processo de desconstrução e lapidação do saber até aqui e por meio do outro que traz respostas ou possivelmente mais perguntas às nossas inquietações. Agradeço aos professores que, assim como nós, alunos, tiveram suas inseguranças e muitas dificuldades no ensino remoto em tempos pandêmicos, que também sofreram o contágio pelo vírus, que tiveram seus familiares, colegas e amigos acometidos pela doença e que também perderam entes queridos. A todas/os o meu respeito, admiração e gostaria de dizer que fizeram um bom trabalho! Muitos deram o seu melhor, outros responderam da forma que foi possível, mas também nos ensinaram algo. Agradeço ao Prof. Dr. Alexandre Fernandes, que me incentivou a ingressar no PPGREC e me fez enxergar com novos olhares a subjetividade humana. E, principalmente, a aprender a resistir/continuar quando os muros se levantam de onde menos imaginávamos que pudessem surgir.

### **Ao PPGREC,**

Agradeço ao Coordenador do programa, o Prof. Dr. Marcos Lopes, pela disponibilidade e atenção em relação às demandas que surgiram durante o percurso do mestrado desta primeira turma em ensino totalmente remoto que se deu em meio a uma pandemia tão devastadora e inquietante. Sua garra em nos fazer continuar mesmo que outros programas, se quer, tenham dado início e/ou tenham recuado, fez com que fôssemos um dos poucos a seguir em frente – ou, quem sabe, tenhamos sido os únicos. Fato é que nos proporcionou vida, força e entretenimento durante os momentos mais difíceis, por que sabemos que a ocupação gera sentido e fluidez em nossa existência, e isso não seria diferente principalmente durante o isolamento social. Sem sombra de dúvidas, foi um momento histórico! E agradeço imensamente ao Secretário Jacson Bonfim, por sua atenção e gentileza sempre em todas as suas ações e comunicações conosco.

### **À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES),**

Agradeço à CAPES por legitimar a realização das importantes atividades do PPGREC com linhas de pesquisa tão necessárias e ainda escassas em nosso país à dignidade da pessoa humana e respeito a sua existência. Agradeço, sobretudo, por possibilitarem a pesquisa científica em momentos políticos tão sombrios.

### **Às professoras membros da banca,**

Agradeço às Prof.<sup>a</sup> Dra. Raquel de Sousas, Prof.<sup>a</sup> Dra. Daniela Rodrigues Goulart Gomes e à Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Angélica Leal Barbosa, pelo aceite a compor a minha banca de defesa e tecerem seus olhos e atenção em contribuição ao estudo e à ciência.

Humildemente agradeço de coração a todas, todos e todxs.

Saibam que foram muito importantes pra mim em todo o percurso.

Abraço.



ARAÚJO, Carla Manoela Oliveira de. **Relações étnico-raciais e saúde mental: vulnerabilidades de mulheres negras** [dissertação]. Jequié: Programa de Pós-graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, BA. 2023. 140 f.

## RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo geral verificar nas relações étnico-raciais vulnerabilidades que se relacionam com a saúde mental de mulheres e sua possível influência no processo de vulnerabilização às doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2). O referencial teórico assenta-se na temática das relações étnico-raciais, saúde mental e o processo de vulnerabilização de mulheres idosas negras às doenças crônicas. De metodologia qualitativa, exploratória e descritiva, teve como cenário o Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivibilidade com Doenças Crônicas (Niefam), vinculado ao Departamento de Saúde II, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, e neste, destacaram-se como participantes as mulheres em enfrentamento por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que foram anuentes à pesquisa. Os instrumentos utilizados foram um questionário, uma entrevista semiestruturada e diário de campo. A coleta de dados foi realizada mediante aprovação do projeto pelo CEP/UESB e com a anuência das participantes, compreendida no período entre dezembro/2021 a abril/2022. A amostra foi composta por dez participantes. Os dados foram analisados segundo o modelo interativo sugerido por Miles e Huberman, convergindo para a categorização dos mesmos. Os resultados demonstraram prevalência de DCNT, e apontaram, ainda, que diante da autodeclaração de etnia/raça prevaleceu o fenômeno de ‘pardalização’ e, consequentemente, o ‘daltonismo racial’, como fator influente a alterar a percepção das participantes sobre como entendem o racismo. Identificou-se que nenhuma das mulheres teve acesso à saúde mental em unidades básicas de saúde, com exceção àquelas que são cadastradas no Niefam/UESB, cenário da pesquisa. Salientamos que essas unidades básicas de saúde compõem o Programa de Saúde da Família, porta de entrada do SUS no município. A pesquisa ressalta, dentre os princípios do SUS, a importância da saúde integral, e, para sua garantia, a relevância da saúde mental, vista como uma necessidade na atenção primária em saúde. Como consideração final, mostra-se necessária a observância de que a temática ainda tem muito a ser desenvolvida, posto temas tão amplos, de modo a abrir-se a mais constructos e outros olhares atentos de modo a enxergar novos temas ao investimento humano em pesquisa que possam vir a contribuir para ampliar os horizontes sobre a interseccionalidade entre ciências sociais, humanas e da saúde.

**Palavras-chave:** Vulnerabilidade Social; Doenças Crônicas; Saúde Mental; Mulher; Raça; Etnicidade.

ARAÚJO, Carla Manoela Oliveira de. **Relações étnico-raciais e saúde mental: vulnerabilidades de mulheres negras** [dissertação]. Jequié: Programa de Pós-graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, BA. 2023. 140 f.

### ABSTRACT

This research has as general objective to verify in the ethnic-racial relationship vulnerabilities that bonds to the mental health of women and their possible influence on the process of vulnerability to chronic diseases such as Systemic Arterial Hypertension (SAH) and Diabetes *Mellitus* type 2 (DM2). The theoretical framework is based on the ethnic-racial relationships theme, mental health and the process of vulnerability of black elderly women to chronic diseases. With a qualitative, exploratory and descriptive methodology, setting on the Interdisciplinary Center for Studies and Extension in Family Health Care in Convivability with Chronic Diseases (Niefam), linked to the Department of Health II, State University of Southwest Bahia, in special, women in coping with Chronic Non-communicable Diseases (NCDs) who consenting to the research. The instruments used were a questionnaire, a semi-structured interview and field diary. Data gathering was performed through project approval by CEP/ UESB and with the consent of the participants, held from December/ 2021 to April/ 2022. The survey consisted of ten participants. The data were analyzed according to the interactive model suggested by Miles and Huberman, converging for their categorization. The results showed prevalence of NCD, also, indicate that faced with self-declaration of ethnicity/race prevailed the phenomenon of brownness and, consequently, 'racial daltonism' as an influent factor that changes the perception of participants on how they understand racism. It was identified that none of the women had access to mental health in basic health units, except those who are registered in Niefam/ UESB, the research scenario. We emphasize that these basic health units composes the Family Health Program, gateway to the SUS in the city. The research highlights, among the principles of the SUS, the importance of integral health, and, for its guarantee, the relevance of mental health, seen as a need in primary health care. As a final consideration, it is necessary to observe that the theme still has much to be unraveled, given such broad themes, in order to open up to more constructions and other attentive looks in order to see new themes to human investment in research that may contribute to broaden the horizons on the intersectionality between social, human and health sciences.

**Keywords:** Social Vulnerability; Chronic Diseases; Mental Health; Woman; Race; Ethnicity.

ARAÚJO, Carla Manoela Oliveira de. **Relações étnico-raciais e saúde mental: vulnerabilidades de mulheres negras** [dissertação]. Jequié: Programa de Pós-graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, BA. 2023. 140 f.

## RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo general verificar en las relaciones étnico-raciales vulnerabilidades que se vinculan con la salud mental de mujeres y su posible influencia en el proceso de vulnerabilización a las enfermedades crónicas como Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) y Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2). El referencial teórico se basa en la temática de las relaciones étnico-raciales, salud mental y el proceso de vulnerabilización de mujeres ancianas negras a las enfermedades crónicas. De metodología cualitativa, exploratoria y descriptiva, tuvo como escenario el Núcleo Interdisciplinario de Estudios y Extensión en Atención a la Salud de la Familia en Convivibilidad con Enfermedades Crónicas (Niefam), vinculado al Departamento de Salud II, de la Universidad Estadual del Suroeste de Bahia, y en este, se destacaron como participantes las mujeres en enfrentamiento de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (DCNT) que fueron anuentes a la investigación. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario, una entrevista semiestructurada y diario de campo. La recolección de datos fue realizada mediante aprobación del proyecto por el CEP/UESB y con la anuencia de las participantes, en el período entre diciembre/2021 a abril/2022. El muestreo se compuso por diez participantes. Los datos fueron analizados según el modelo interactivo sugerido por Miles y Huberman, convergiendo a su categorización. Los resultados demostraron prevalencia de DCNT, y aún, señalaron que ante la autodeclaración de etnia/raza prevaleció el fenómeno de 'pardalización' y, consecuentemente, el 'daltonismo racial' como factor influyente a alterar la percepción de las participantes sobre cómo entienden el racismo. Se identificó que ninguna de las mujeres tuvo acceso a la salud mental en unidades básicas de salud, con excepción de aquellas que son registradas en el Niefam/UESB, escenario de la investigación. Destacamos que esas unidades básicas de salud componen el Programa de Salud de la Familia, portal de entrada del SUS en el municipio. La investigación resalta, entre los principios del SUS, la importancia de la salud integral, y, para su garantía, la relevancia de la salud mental, vista como una necesidad en la atención primaria en salud. Como consideración final, resulta necesaria la observancia de que la temática aún tiene mucho que ser desenredada, puesto temas tan amplios, de modo a abrirse a más constructos y otras miradas atentas de modo a ver nuevos temas a la inversión humana en investigación que puedan contribuir a ampliar los horizontes sobre la interseccionalidad entre ciencias sociales, humanas y de la salud.

**Palabras clave:** Vulnerabilidad Social; Enfermedades Crónicas; Salud Mental; Mujer; Raza; Etnicidad.

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1: Delineamento das categorias e subcategorias emergidas da organização dos dados.....	60
-----------------------------------------------------------------------------------------------	----

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Informações sociodemográficas das participantes.....	67
Tabela 2: Apresentação dos componentes dos dados de saúde das participantes.....	68

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1: Modelo interactivo de análise de dados .....	58
Figura 2: Componentes do Modelo Interativos de análise de dados.....	61

## LISTA DE SIGLAS

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

BA - Bahia

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CFP - Conselho Federal de Psicologia

CRP - Conselho Regional de Psicologia

CTPS - Carteira de Trabalho e Previdência Social

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM2 - Diabetes Mellitus tipo 2

DNV - Declaração de Nascidos Vivos

DRC - Doença Renal Crônica

ES - Espírito Santo

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

NIEFAM - Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivibilidade com Doenças Crônicas

ODEERE - Órgão de Educação e Relações Étnicas

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCR - Parada Cardiorrespiratória

PPGREC - Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

SciELO - Scientific Electronic Library Online

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UESB - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

## SUMÁRIO

1 DESCORTINANDO MINHAS INQUIETUDES: pra quê ou pra quem serve o meu conhecimento? .....	17
2 OBJETIVOS .....	21
3 REVISÃO DE LITERATURA: um <i>continuum</i> a descortinar-se .....	22
3.1 DESCORTINANDO O ENCONTRADO NA TECITURA INTERPRETATIVA CRÍTICA-REFLEXIVA.....	23
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
4.1 SER MULHER.....	30
4.2 SER MULHER NEGRA .....	33
4.3 VULNERABILIDADES EM SAÚDE FÍSICO-MENTAL .....	36
4.4 O ENFRENTAMENTO DAS DCNT EM INTERFACE À SAÚDE MENTAL .....	40
5 METODOLOGIA.....	47
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO .....	47
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO .....	48
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	49
5.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICO-LEGAIS.....	49
5.5. INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	50
5.6 ETAPAS DA COLETA DE DADOS .....	53
5.6.1 O contexto do caminhar ao desvelamento dos dados - dificuldades e facilidades ..	56
5.7. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS .....	58
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	62
6.1 O OLHAR QUE QUER VER E ENXERGAR A MULHER COMO ELA NOS CONTA: PASSEIOS SOBRE OS DADOS SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE.....	63
6.2 O OLHAR AO CORPO DA MULHER QUE SE COMUNICA: SENSIBILIDADES PARA LER-INTERPRETAR A COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL .....	73
6.3 AS CATEGORIAS: uma explosão de desvelamentos em narrativas compartilhadas ...	78
6.3.1 Categoria 1 - Minha cor, nossa nação e o lugar que nos situamos.....	79



6.3.2 Categoria 2: A mulher: seus desafios no sexismo de gênero .....	86
6.3.3 Categoria 3: As condições de ser mulher e as vicissitudes entre a vulnerabilidade psicofísica e os desafios à integralidade de atenção no Sistema de Saúde.....	99
6.3.4 Categoria 4: A etnicidade expressa na religião, um espaço de encontro.....	102
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	106
REFERÊNCIAS .....	109
APÊNDICES .....	120
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	120
APÊNDICE B – DECLARAÇÃO DE COMPROMISSOS PARA PESQUISAS COM SERES HUMANOS .....	125
APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO .....	127
APÊNDICE D – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	133
APÊNDICE E – OBSERVAÇÃO DA COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL .....	134
ANEXO .....	135

## **1 DESCORTINANDO MINHAS INQUIETUDES: pra quê ou pra quem serve o meu conhecimento?**

*A mulher negra tem muitas formas de estar no mundo (todos têm). Mas um contexto desfavorável, um cenário de discriminações, as estatísticas que demonstram pobreza, baixa escolaridade, subempregos, violações de direitos humanos, traduzem histórias de dor. Quem não vê?*  
(CONCEIÇÃO EVARISTO, 2016, p. 13)

Vivemos em um mundo no qual as populações multirraciais não se relacionam em um ambiente de igualdade existencial. Sousa (1983) enuncia que em sociedades de classes multirraciais e racistas como o nosso país, o Brasil, a raça, por sua vez, desempenha funções simbólicas no sentido valorativo e estratificado, pois a categoria racial faz com que haja a divisão de pessoas em distintas posições da estruturação de classe à medida que fazem parte dos padrões raciais da classe e raça dominante ou, mesmo, permaneçam diante destas com maior proximidade. Além disso, a inferiorização de definição do negro persiste após a dissolução da sociedade escravocrata onde se deu a recolocação pela sociedade capitalista (SOUSA, 1983).

E assim, ao pensarmos nas camadas sociorraciais e identitárias, diante das relações humanas, na sociedade contemporânea, mostra-se como necessário o investimento humano em uma visão abalizada na historicidade dos povos negros, bem como em se fazer um recorte diante do sexismo de gênero enfrentado por mulheres e compreender os fatores que as tornam vulneráveis para o adoecimento físico-mental e como buscam estratégias de enfrentamento e resiliência a essas questões.

A saúde mental na vulnerabilidade de mulheres, em especial mulheres negras, surge como inquietude de meu ser-pensar-agir muito fortemente no caminhar da graduação em psicologia e vem no cotidiano do existir se ampliando em repertório de saberes, fazeres e questionamentos, direcionando meu caminhar pelas temáticas de classe, etnia, raça, gênero e saúde mental no contexto de sofrimento do viver humano, questões que exigem reflexões que não reproduzam estigmas e reducionismos identitários.

Kilomba (2019) me inspira em uma importante reflexão neste sentido, a respeito do cenário encontrado nos bancos de graduação em sua experiência de formação, disse:

Quando frequentava a universidade, lembro-me de ser a única aluna negra no departamento de psicologia, por cinco anos. Entre outras coisas, aprendi sobre a patologia do sujeito negro e também que o racismo não existe. Na escola, lembro de crianças brancas sentadas na frente da sala de aula, enquanto as crianças negras se sentavam atrás (KILOMBA, 2019, p. 65).

Da inquietude ilustrada acima através da fala de uma mulher escritora e psicóloga portuguesa, Grada Kilomba, é possível perspectivar que muitas outras mulheres e pessoas negras estiveram neste lugar de anulação e silenciamento, porque não tinham poder de voz.

Voz que busquei perseguir por meio de aperfeiçoamento no âmbito da pós-graduação *Strictu Sensu* com a submissão de um projeto de pesquisa na linha 02: “Etnias, gênero e diversidade sexual”, ao Programa de Relações Étnicas e Contemporaneidade, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Ao buscá-lo procurei a imersão no meu eu interior nas andanças em vivência/experiência a respeito da condição humana, nomeadamente ao me deparar com mulheres em condição de vulnerabilidade por doenças crônicas, participantes do *Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivibilidade com Doenças Crônicas* – (NIEFAM), vinculado ao Departamento de Saúde II, da UESB, o qual tem como lócus de atenção/cuidado as pessoas, em sua maioria mulheres. Mulheres negras oriundas de comunidades periféricas, onde o acesso à saúde mental encontra-se fragmentado e desassistido na prevenção e promoção à saúde mental no âmbito da Unidade de Saúde da Família – maior porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Significando, desta forma, um território fecundo à investigação sobre a identificação de casos que envolvam vulnerabilidades nas relações étnicas e raciais pelo enfrentamento das doenças crônicas. Evidenciando, portanto, contextos de desigualdade social e de denúncia ao des zelo à dignidade humana. E, sobretudo, por se constituírem um campo que requer aprofundamento teórico em linhas de pesquisa que possam chegar o mais próximo de contemplar determinados conceitos relevantes na atualidade, como a saúde mental.

O lugar de onde estou falando é de uma mulher, considerada branca, neta de descendentes de portugueses e de indígenas, psicóloga, voluntária nas ações extensionistas do NIEFAM/UESB desde o ano de 2013, movida pelo objetivo de ser mais um sujeito a tornar o mundo um lugar melhor através de ações cuidadoras e/ou inclusivas em que possa ser realidade para todas as pessoas o acesso à escuta psicológica e ao acolhimento do sofrimento humano, através da psicoterapia, de modo que possa servir como subsídio para melhor qualidade do viver humano, compreendendo o contexto de singularidade onde as pessoas estão inseridas, e sustentando que a subjetividade humana deve ser assistida diante de enfrentamentos, como os causados por doenças crônicas.

Destaca-se que nosso pensar-agir referente ao acolhimento do sofrimento humano perspectiva o imbricamento interdisciplinar, por assim dizer, o cuidado em equipe na atenção básica em saúde em que todas as áreas do saber têm suas fronteiras abertas à permeabilidade

dos saberes uns dos outros, à escuta e cuidado sensível às pessoas em sua inteireza e globalidade, o que inclui olhar para as suas demandas em saúde mental.

Todavia, uma das mulheres negras e idosas do núcleo que infelizmente não foi possível ser participante desta pesquisa - vou chamá-la aqui de Dona Pérola, pois poderia ser considerada uma Pérola Negra, referida analogamente ao processo de criação de uma pérola-, é uma mulher ferida pelas dores causadas no contato com o racismo, desde tão pequenina desenvolveu *mecanismos de defesa* que vem perdurando por toda a sua vida até então, para proteger-se de uma sociedade estruturalmente racista e, por isso, serviu de principal fonte de inspiração para este estudo. Estando com sua saúde mental e física comprometidas de forma significativa, trouxe em sua experiência de acesso ao serviço de psicologia do NIEFAM suas questões subjetivas e importantes traumas raciais considerados transgeracionais, dentre os mais impactantes, como uma ferida aberta sangrando. Sousa (1983, p. 43) corrobora fielmente a história desta mulher negra na seguinte afirmação: “eu sinto o problema racial como uma ferida. É uma coisa que penso e sinto todo tempo. É um negócio que não cicatriza nunca”.

A partir deste e de outros casos observados nas atividades do NIEFAM, que igualmente despertaram o interesse pela temática das relações étnicas, fizeram-se surgir as categorias instigantes deste estudo. Infelizmente, o descrito no parágrafo antecedente, a mulher negra principal inspiradora da pesquisa, segundo informações de familiar mediante contato via *WhatsApp*® teve sucessivos agravamentos de saúde, previamente ao momento de coleta de dados da pesquisa, impossibilitando-a a participar do estudo na observância do protocolo da não interferência/auxílio de um familiar para colher dados das vivências de outrem.

A pesquisa foi pensada para ser realizada não somente com mulheres negras, mas com mulheres em seus aspectos multirraciais, de modo que pudéssemos investigar como se dão as relações étnicas e raciais no contexto das participantes do núcleo. Nesse sentido, definimos a seguinte questão norteadora: como se caracterizam nas relações étnico-raciais as vulnerabilidades sociais à saúde mental de mulheres adulto-idosas em enfrentamento de doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2)?

À luz dos objetivos estabelecidos no Capítulo 2, que se vinculam à questão expressa anteriormente, assenta-se a relevância desta pesquisa de transversalidade às relações étnico-raciais e de como elas podem vir a afetar a saúde mental de mulheres adulto-idosas em enfrentamento de doenças crônicas, a exemplo das mulheres participantes do NIEFAM com HAS e DM2. Parte-se da compreensão de que, quando interpelada a saúde mental sob o ponto

de vista de releitura de comportamentos, dá-se abertura para investigações reveladoras de saberes-fazer e, assim, estar-se-á, diante de instrumentos sociais de análise e, principalmente, de inclusão social das pessoas frente às desigualdades e vulnerabilização das minorais.

Perseguir saberes pelos fazeres deste estudo se dá assentado em reflexões e discussões diversas sobre ‘ombros de gigantes’ e tantos outros de modo à possibilidade de um constructo relevante. Para tanto, muitos foram os postos ao ancoradouro do conhecimento e exemplo de Frantz Fanon, Grada Kilomba, Kabengele Munanga, Lélia Gonzalez, Neusa Santos Sousa, Stuart Hall, Roberto Cardoso de Oliveira, Lilia Moritz Schwarcz e Conselho Federal de Psicologia que fundamentam os conhecimentos sobre o racismo e a subjetividade nos estudos pós-coloniais, identidade e saúde mental. Documentos oficiais do Ministério da Saúde do Brasil por meio de políticas e estratégias de enfrentamento que subsidiam discussões a respeito da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - (PNSIPN) e do enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). José Ricardo Ayres na temática acerca das vulnerabilidades e da saúde coletiva. Também as discussões sobre interseccionalidade por meio de Kimberly Crenshaw, bell hooks, Carla Akotirene e Patrícia Hill Collins. E por fim, Judith Butler, Gayatri Spivak, Angela Davis, Joan Scott, Sueli Carneiro e Djamila Ribeiro no recorte do gênero mulher e diante das questões étnico-raciais a mulher negra por sua vez, subalternizada e historicamente silenciada. Para tanto, este estudo está organizado da seguinte maneira: o desvelamento dos saberes através da revisão de literatura é apresentado no capítulo 3, e busca trazer uma visão geral sobre as vulnerabilidades que se relacionam com a saúde mental de mulheres adulto-idosas com DCNT; no capítulo 4, a sustentação teórica alicerçadora da compreensão dos dados, ancorada nos estudiosos acima citados; o capítulo 5, por sua vez, apresenta o desenho e o percurso metodológico sustentado pelo referencial teórico proposto por Miles e Huberman no direcionamento de análise de conteúdo; no capítulo 6 apresentam-se os ‘frutos’ da caminhada, ou seja, os resultados e discussão do que o elemento humano, as pesquisadoras, em sua persistência e sensibilidade buscaram compreender; e, por derradeiro, o capítulo 7, no qual se encontram as considerações finais.

## 2 OBJETIVOS

### **Geral**

- Verificar nas relações étnico-raciais vulnerabilidades que se relacionam com a saúde mental de mulheres adulto-idosas e sua possível influência no processo de vulnerabilização às doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2).

### **Específicos**

- Analisar os fatores que contribuem com o sofrimento psíquico de mulheres adulto-idosas em enfrentamento pelas doenças crônicas Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2).
- Indicar os marcadores de gênero que permeiam as vulnerabilidades sociais de mulheres adulto-idosas em enfrentamento por doenças crônicas Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2).
- Investigar situações de vulnerabilização que demandam intervenções psíquicas em mulheres adulto-idosas em enfrentamento por doenças crônicas Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2), na Atenção Básica em Saúde.

À luz dos objetivos traçados assenta-se a relevância desta pesquisa de transversalidade às relações étnico-raciais e de como elas podem vir a afetar a saúde mental de mulheres adulto-idosas em enfrentamento por doenças crônicas, a exemplo pelas mulheres participantes do NIEFAM com HAS e DM2. Parte-se da compreensão de que, quando interpelada a saúde mental sob o ponto de vista de releitura de comportamentos dá-se abertura para investigações reveladoras de saberes-fazer, e assim, estar-se-á diante de instrumentos sociais de análise, e principalmente de inclusão social das pessoas frente às desigualdades e vulnerabilização das minorais.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA: um *continuum* a descortinar-se

*[...] a pesquisa nasce sempre de uma preocupação com alguma questão, ela provém, quase sempre, de uma insatisfação com respostas que já temos, com explicações das quais passamos a duvidar, com desconfortos mais ou menos profundos em relação a crenças que, em algum momento, julgamos inabaláveis. Ela se constitui na inquietação.*  
(MARISA VORRABER COSTA, 2007, p. 15-16)

Percorrer os caminhos a desvelar o estado da arte mostrou-se neste estudo como uma atividade das mais intensas, laboriosa e prazerosa ao mesmo tempo desafiante, por tratar-se de uma temática enlaçadora de dois temas de grande complexificação à compreensão humana – as relações étnico-raciais e saúde mental. Iniciando-se nas bases de dados SciELO, Lilacs, PubMed, Google Acadêmico, Portal de Periódicos CAPES, Associação Americana de Psicologia e ProQuest, foi desenvolvido a partir de um estudo sistemático da literatura especializada, centrando os esforços em identificar pesquisas que se relacionassem ao objeto do estudo, adotando-se os seguintes descritores vinculados e/ou articulados: (sofrimento psíquico) AND (vulnerabilidade social) AND (mulheres negras) OR (relações étnico-raciais), Psiquismo OR Psique OR Psyche AND (relações étnic\* or relaciones étnic\* or ethnic\* relations), “vulnerabilidade social” AND “mulheres” OR “relações étnico-raciais” A AND NOT educação, (sofrimento psíquico) AND (vulnerabilidade social) AND (mulheres negras) OR (relações étnico-raciais) e (blacks) AND “psychosocial confrontations” OR (chronic illnesses) AND (family relationships) AND “ethnicity” OR “women” e percorrendo um período entre 2014 a 2020, na seleção de artigos científicos de fontes (primárias), excluindo-se monografias, dissertações e teses (fontes secundárias), nos idiomas português, espanhol e inglês.

Para contemplar as questões de saúde mental e os impactos do racismo ao longo dos tempos, assim como as DCNT perseguiram-se os seguintes descritores: (saúde mental) AND (mulheres) AND (Doenças Crônicas) AND (traumas transgeracionais) OR (relações étnico-raciais), (saúde mental) AND (mulheres) AND (Doenças Crônicas) AND (Vulnerabilização) AND (traumas transgeracionais) OR (relações étnico-raciais).

Os critérios de inclusão e exclusão contemplam os aspectos de sofrimento mental e de vulnerabilidade social de mulheres dentro de uma perspectiva étnico-racial.

Após tratamento de fichamento, categorização e análise avaliativo-compreensiva dos estudos encontrados, chegamos a um *corpus* final de 21 artigos selecionados, os quais contribuem em sustentação, justificativa e relevância a esta pesquisa, por evidenciar uma

lacuna de “estudos binários” na literatura no que diz respeito a um confronto entre gênero nas relações étnico-raciais que emergem na saúde, não os considerando como importantes, e sim, excludentes em relação às pluralidades identitária de gênero na contemporaneidade.

### 3.1 DESCORTINANDO O ENCONTRADO NA TECITURA INTERPRETATIVA CRÍTICA-REFLEXIVA

As relações étnico-raciais são constituídas nas relações interculturais e raciais decorrentes dos grandes fluxos migratórios no Brasil, vinculados ao processo de colonização durante o século XVI, a Revolução Industrial, por sua vez, nos séculos XVIII e XIX, e inclusive as grandes guerras no século XX (SANTOS; SCHUCMAN; MARTINS, 2012).

Tavares e Kuratani (2019) ratificam, contudo, que apesar da população negra no Brasil representar a maioria, esta enfrenta vivências específicas de adoecimento que estão vinculadas ao racismo interpessoal, estrutural e institucional, que são formas de opressão e violência, com escassez de pesquisas e publicações acerca da saúde desta população. Para Santos, Schucman e Martins (2012), a análise sociológica de Virginia Bicudo, sustentada pela Psicologia Social durante o cenário inicial de pesquisas a respeito de questões raciais como os preconceitos e estereótipos, empreendida nos Estados Unidos da América, tinha o objetivo de evidenciar o evolucionismo social e o determinismo biológico das raças, analisando as causas psicossociais das violências que permeiam os grupos étnico-raciais entre outros grupos sociais.

Destarte, a possibilidade de identificar a elaboração do pensamento psicológico acerca das relações étnico-raciais decorreu do uso da perspectiva histórica como recurso analítico, sobretudo na ruptura e na configuração do ineditismo desses estudos na Psicologia, na compreensão das experiências de poder, alteridade e de intersubjetividade (SANTOS; SCHUCMAN; MARTINS, 2012). Embora as questões de raça estejam ocultas, ou seja, mascaradas pelo poder e pelo mecanismo de controle social, muitos são os campos da saúde que possuem vastas informações sobre pessoas com diabetes, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - (AIDS), deficiência e transtornos mentais, e, segundo Ferro (2016), possuem um histórico de lutas e conquistas que foram instituindo no próprio corpo legislativo.

No que tange o aumento da expectativa de vida da mulher e a busca pela promoção, prevenção e tratamento da saúde, Souza e Santos (2017) afirmam ter crescido o debate com relação às temáticas raciais e da mulher nos últimos anos, e que esse crescimento provoca



tensões no seio da cultura hegemônica. Ainda assim, são necessários avanços contínuos, pois a saúde das mulheres negras não comporta ser explicada somente pelos fatores genéticos, biológicos e naturais, abstando-se de uma contextualização histórico-social.

Não obstante, o sofrimento de minorias raciais e étnicas manteve-se alheio aos olhos da ciência prolongadamente, fator que denuncia o nexo entre raça e saúde, mais especificamente entre raça e saúde mental (DAMASCENO; ZANELLO, 2018).

As relações étnico-raciais se apresentam nos achados científicos em maior número nos campos de educação discutindo os seus enfrentamentos diante do preconceito racial no ambiente escolar e até mesmo na desigualdade do acesso à escolaridade abordando, nesse sentido, as políticas afirmativas. Quanto ao acesso à saúde pública nas unidades básicas de saúde, discute-se em específico a anemia falciforme em grupos étnicos ou comunidades étnicas, de pessoas com diabetes e com HIV/AIDS. A abordagem sobre as mulheres remete à vulnerabilidade a qual estão submetidas diante da violência doméstica ou institucional, de sua relação com o Sistema de Saúde, estas, em sua maioria, em casos de pessoas com diagnóstico de HIV/AIDS e populações LGBT no sistema carcerário brasileiro e as condições da mulher negra inserida neste contexto.

Destaca-se nossa percepção avaliativa na observação de que os estudos não confrontam a relação entre gênero na busca de cuidados com a saúde. Disto, evidenciou-se como necessário o refinamento dos descritores da pesquisa anteriormente pontuados, diante das lacunas apontadas, e o enlaçando às relações étnico-raciais. Isso, pela compreensão da importância da especificidade de gênero, no que se refere às opressões sofridas por mulheres e como se dá o direcionamento sexista e racista na saúde mental decorrente das relações étnico-raciais.

No que diz respeito a um confronto de gênero nas relações étnico-raciais o observado sinaliza a necessidade de serviços de saúde que implementem a prevenção e o tratamento às doenças crônicas no imbricamento da saúde mental como demanda emergente dos campos da saúde. As contribuições do campo de saúde mental acerca das relações étnico-raciais e o reconhecimento de um sofrimento psíquico que demanda um amplo olhar crítico das ciências humanas- uma vez que à luz dos estudos identificados estamos diante de um campo de conhecimento que requer investimento humano em pesquisas -, se faz a toda evolução técnico científica e de inovação que o mundo experimenta desde meados do século XIX, mas que ainda no século XXI persiste em um paradigma de fragmentação em que as ciências têm dificuldade de instituir uma comunicação dialógica à interdisciplinaridade dos saberes-fazer, como salienta Morin (1997).

Portanto, neste estudo, ao percorrer campos de saberes como o das relações étnico-raciais e vulnerabilidades de mulheres, visamos caminhar por multiversos campos no descortinamento dos dispositivos de poder que se configuram como ferramentas potenciais de sofrimento à saúde mental. Logo, neste caminhar, o alvo centrou-se em contribuir aos saberes enlaçadores ao respeito à dignidade humana, em destaque de mulheres, e o *devoir* do campo, das narrativas que pudessem ecoar a difusão da literatura e somar-se aos estudos e saberes já existentes.

A ampliação deste descortinar segue-se com a sustentação teórica que se apresenta no capítulo 4.

#### 4 REFERENCIAL TEÓRICO

*Se alguém “é “uma mulher, isso certamente não é tudo o que esse alguém é; o termo não logra ser exaustivo, não porque os traços predefinidos de gênero da “pessoa” transcendam a parafernália específica de seu gênero, mas por que o gênero nem sempre se constituiu de maneira coerente ou consistente nos diferentes contextos históricos, e porque o gênero estabelece intersecções com modalidades raciais, classistas, étnicas, sexuais e regionais de identidades discursivamente constituídas.*

(JUDITH P. BUTLER, 2015, p. 21)

Transitar na temática das relações étnico-raciais revela-se necessário, em especial, na adoção de uma perspectiva multirreferenciada ao contexto de constructos históricos entre grupos de diversas culturas, raças e crenças e a busca por assentar uma ciência como a psicologia. Partindo do que enuncia o Conselho Federal de Psicologia - CFP (2017, p. 28), “raça refere-se à materialidade do corpo expressa pelo fenótipo, enquanto que etnia diz respeito à construção simbólico-cultural de elementos que ligam os sujeitos em um mesmo grupo”.

Corroborando com uma reflexão a respeito dos aspectos étnicos, Saquett, Silva e Coelho (2011) sustentam que é por meio das diferenças culturais no contato com o outro que se evidencia a etnicidade. No decorrer destas relações a alteridade surge do inaceitável na identidade do outro, que é diferente.

Acentua-se disto que os grupos étnicos, de acordo com Weber (2004, p. 270), são “aqueles seres humanos que, em virtude de semelhanças no *habitus* externo ou nos costumes, ou em ambos, ou em virtude de lembranças de colonização e migração, nutrem uma crença subjetiva na procedência comum”. Compreende-se, ainda, que a discriminação étnica se revela como um desdobramento da discriminação racial e não o oposto, o que podemos observar na repressão das expressividades religiosas e culturais de pessoas negras e indígenas (CFP, 2017).

Nesse sentido, podemos pensar a colonização não somente como uma perspectiva de controle dos povos: “a violência colonial não tem somente o objetivo de garantir o respeito

desses homens subjugados; procura desumanizá-los” (FANON, 1968, p. 9). As formas pelas quais estas desumanizações ocorrem tem um significativo impacto na garantia de manutenção de poder.

Podemos então considerar como oportuno o que Munanga (2010) nos adverte com a seguinte reflexão:

As pessoas querem dizer, está claro, que o preconceito racial no Brasil é provocado pela diferença de classe econômica e não pela crença na superioridade do branco e na inferioridade do negro. O que é a voz do mito de democracia racial brasileira, negando os fatos às vezes tão gritantes da discriminação racial no cotidiano do brasileiro (MUNANGA, 2010, p. 3).

O mito de democracia racial em nosso país funciona como mecanismo de controle, pois o racismo, de acordo com o CFP (2017, p. 06), tem “sido uma ideologia que opera poderosamente na sociedade como motor de desigualdades que engendram as precárias condições de existência do povo negro”. Esta definição denota uma hierarquização das raças em uma análise crítico-política de democracia racial perante as subjetivações tornadas suscetíveis pela desigualdade social. Desse ponto de vista, Munanga (2010) ressalta que lemos ou até mesmo ouvimos falar a respeito das manifestações do racismo que ocorreram na história da humanidade, e que tais memórias ainda se fazem presentes em algumas gerações. Em nosso país e em nossa educação estas manifestações são as mais comuns. Além disso, elas foram legitimadas e institucionalizadas na Alemanha, pelo nazismo, na África do Sul (1948-1994) e nos Estados Unidos da América, a partir da abolição da escravatura, estendendo-se aos anos 1960 veementemente.

No Brasil, o debate racial transcorre num percurso histórico a partir da escravização, avançando na constituição da população brasileira, evidenciada pela miscigenação racial. Na historicidade do país, a construção racial ocorreu em diferentes momentos, sendo moldada e reproduzida por diversos segmentos como o Estado, através de políticas públicas, os movimentos sociais e a academia (CFP, 2017). Nesta perspectiva Sacco, Couto e Koller (2016) ressaltam que a discriminação racial consiste na seguinte questão, de que as pessoas pertencentes a grupos raciais não dominantes como pretos e pardos, recebem tratamento desigual por razão da cor da pele. Em vista ao racismo brasileiro, termos como negro, negra, crioulo ou mulato ainda são propagados em nosso país com sentidos pejorativos e se transformam em tabus linguísticos (DUARTE, 2008).

Embora existam denominações estigmatizantes em relação a estes grupos reconhecidos como grupos raciais é complexo unificar a identidade nacional em torno da raça, segundo Hall (2006), pois, contrariamente à crença dominante, a raça não é uma categoria

biológica ou mesmo genética, ela é uma categoria discursiva. Ou seja, o intuito pelo qual se organiza os discursos diferencia socialmente um grupo de outro.

As relações étnicas e as relações raciais requerem importantes considerações:

Quer se trate da diversidade física ou biológica, quer se trate de costumes ou modos de ser ou existir, o interesse em compreender suas origens, suas relações e suas razões de ser tem motivado antropólogos das mais diversas orientações teóricas. Raça e etnia têm sido assim, conceitos dos mais significativos para expressar a natureza das relações entre os grupos humanos (SANTANA; FERREIRA; NASCIMENTO, 2020, p. 14).

Tais concepções acerca dos conceitos de raça e etnia e a forma de caracterização dessas relações com a abrangência necessária que logra o termo de cada uma deveria incluir sempre e necessariamente a diversidade e a descrição humana. Este ponto resume-se no que dizem Santana, Ferreira e Nascimento (2020, p. 15) que: “apesar de sua diversidade, raças não são humanidades diferentes”.

As relações étnico-raciais contextualizam-se nos aspectos sócio-históricos, culturais e políticos pelos quais são sustentadas as desigualdades sociais. Neste contexto, os modos de subjetivação estão predispostos ao ato de racismo e preconceito racial e, por meio destes, a saúde mental é estritamente afetada. Nestas relações, o reconhecimento do racismo e do sexismo como agentes determinantes das condições inadequadas de saúde e da produção de desigualdades raciais e de gênero evidenciam a necessidade de mudança no campo da promoção da saúde, na perspectiva de ampliar e reformular teorias, técnicas e práticas ao alcance do cuidado das pessoas (PRESTES; PAIVA, 2016).

Na literatura científica observa-se profícua produção que discorre sobre o racismo e o sexismo no gênero feminino. Segundo o CFP (2017, p. 20), “[...] o racismo produz um sofrimento específico, histórico e coletivo que, no Brasil, é vivido principalmente por negros e indígenas”. Este tema olhado pelas questões de gênero evidencia que: “tanto ideologias racistas como sexistas compartilham a característica comum de tratar grupos dominados – os ‘outros’ – como objetos aos quais faltam plena subjetividade humana” (COLLINS, 2016, p. 106). Em uma metáfora à compreensão desta problemática esta socióloga enfatiza a maneira pela qual as mulheres negras são vistas como ‘mulas teimosas’ e as mulheres brancas como ‘cachorros obedientes’. Diversificadamente os dois grupos foram objetificados e nenhuma das mulheres é considerada como inteiramente humana, elas tornaram-se, por sua vez, alvo de protótipos exclusivos de dominação de raça e de gênero.

Corroborando esta perspectiva de sexismo Spivak (2014), salienta que a diferença sexual diante do contexto do ‘sujeito subalterno’ é um caminho obliterado. Embora ambos os

sexos na historiografia colonialista reduzem-se como objetos e seres insurgentes, a hegemonia masculina é mantida como construção ideológica de gênero. Isto quer dizer que, se o ‘sujeito subalterno’ é desprovido de história e não pode falar, acima de tudo, o sujeito subalterno feminino encontra-se de forma mais acentuada na obscuridade.

As mulheres, principalmente mulheres negras, se encontram em uma margem maior de vulnerabilidade social, em consequência das desigualdades produzidas pela própria sociedade (RIBEIRO, 2017). As divisões sociais consequentes do sexismo e do racismo que compõem o meio social tornam a mulher uma presa fácil perante as condições de sobrevivência e não garantia da dignidade humana.

Para o CFP (2017), a definição de racismo pode servir como fundamento amplo para se pensar o sexismo e o ‘classismo’. Ao invés de considerar o subjugamento de que as raças são superiores e inferiores, o sexismo baseia-se no argumento ideológico de gênero de que existe uma identidade superior, sendo esta, a do homem heterossexual, conceituando como inferiores às demais identidades (mulheres, gays, lésbicas, travestis, transexuais, intersexos, queers e outros). Entretanto, o classismo, que se caracteriza como uma discriminação de classe, apresenta como base a convicção de que independente do âmbito da vida, ainda assim, os ricos são hierarquicamente superiores aos pobres.

À vista disso, a compreensão das relações étnico-raciais exige uma análise conforme Davis (2013, p. 4) de que: os “homens e mulheres negras são uma única raça. São uma única condição social e racial explorada pelo capitalismo e oprimida pelo racismo”. E a forma como estas relações podem vir a afetar a saúde mental implica, sobretudo, na necessidade de criação e implantação de mecanismos capazes de atuar a favor do desmantelamento dessa modalidade de dominação, práticas a concretizar-se nos serviços públicos de (saúde, educação, cultura, jurídico, trabalho e outros), mas também na pesquisa, no serviço privado e no Movimento Negro (CFP, 2017).

Ao serem abordadas as interfaces do racismo nas relações étnicas e raciais evidencia-se a necessária direção do olhar para o contexto de vulnerabilização e sua estreita relação com questões de acesso integral à saúde. Trata-se da observância de que o contexto de mulheres relacionado à saúde requer estudos referentes a processo histórico das relações étnico-raciais. Para Ayres *et al.* (2009) o conceito de vulnerabilidade pode resumir-se como a possibilidade de exposição das pessoas ao adoecimento, que tem como consequência múltiplos fatores (individuais, coletivos e contextuais) que evidenciam elevadas condições de suscetibilidade ao adoecimento e inseparavelmente para maior ou menor disponibilidade de recursos de diversas ordens para a proteção da saúde. Neste contexto, a mulher tem sua condição de vida-saúde em

estado de vulnerabilização às doenças a qual potencializa o surgimento de agravos à saúde mental.

Deste modo, refletimos como a ciência e o campo acadêmico vem lidando com tais questões tão pertinentes a discussões e tão necessárias de políticas de intervenção social. No Brasil, a saúde mental e a psicologia nasceram entrelaçadas à dimensão das relações étnicas, no entanto, negam a sua origem no contexto destas relações que se estabeleceram entre europeus, indígenas e africanos. Em consequência disso, há invisibilidade destes saberes para a formação profissional, que na graduação rejeita a importância do campo de relações étnicas no currículo obrigatório (OLIVEIRA; OLIVEIRA; FARIAS, 2017).

Na prática da psicologia, no âmbito social, subsiste uma discrepância da teoria acadêmica, cuja grade curricular de orientação clínica se revela insuficiente para abranger a complexidade e diversidade das subjetivações contemporâneas. Desse modo, adverte o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP-SP) que estudantes concluintes da graduação de psicologia percebem o racismo dentro do atendimento e se sentem desamparados por não ter teoria que discuta e que ampare o racismo em um viés psicológico não colonizado, evidenciando, assim, a necessidade de reconhecer que o sofrimento humano independe de raça e de etnia. Devendo-se, portanto, pensar no que fazer com o conhecimento para que as relações étnicas sejam revistas no lócus da sociedade visando à superação da violência histórica (CRP-SP, 2016).

Logo, refletimos a seguir o ser mulher, o ser mulher negra, as vulnerabilidades em saúde físico-mental e a Política de Saúde à População Negra e A saúde mental no enfrentamento das DCNT para que, assim, possamos contemplar, por meio da literatura e pesquisa de campo, subsídios para possibilitar a compreensão do objetivo desta pesquisa.

#### 4.1 SER MULHER

Analisar o ser mulher em sua complexa existência, sob o olhar minucioso das condições de gênero, e o que a difere do homem perpassa as formas desiguais de garantia dos direitos civis. De acordo com Crenshaw (2002), apesar da Declaração Universal prever a garantia dos direitos humanos sem distinguir gênero, anteriormente a este documento as mulheres viviam condições particulares de abusos que ocorriam de formas desiguais de acordo com o ponto de vista habitual em relação ao abuso de tais direitos. Deste modo, localizadas à margem de um regime que almejava um emprego universal e este baseava-se seguramente nas vivências dos homens, logo, ainda que existisse uma garantia formal nesse

sentido, a proteção dos direitos humanos garantida às mulheres foi conseqüentemente afetada conforme suas experiências em comparação às dos homens pudessem ser consideradas diferentes. E assim, as mulheres foram presas, torturadas, seus direitos civis e políticos eram negados e ocorria com os homens, de maneira análoga, a compreensão de violação dos direitos humanos. Mas, no caso das mulheres, quando elas eram aprisionadas, eram violentadas sexualmente, quando sofriam violência doméstica de espancamento ou ainda quando alguns costumes as impediam de ter acesso à tomada de decisão, as suas experiências consideradas diferentes em relação aos homens faziam com que os sofridos abusos fossem vistos como distantes diante da garantia básica dos direitos humanos. (CRENSHAW, 2002).

Na atualidade, a sociedade ainda mantém tais dispositivos de poder perante as condições de desigualdade de gênero, mesmo que o ser-mulher em empoderamento e emancipação constante movimente-se através das lutas feministas que atravessam décadas. Não obstante a experiência de ter vivido a pandemia da COVID-19, que é uma doença causada pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), são perceptíveis as condições de vulnerabilidade latentes, principalmente no agora, configurando um novo momento, a *Sindemia*, conceituada pela Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ como:

Sindemia: O termo combina sinergia e pandemia, e é utilizado quando duas ou mais doenças, sendo uma delas classificada como uma pandemia, interagem de tal forma que causam danos maiores do que a mera soma dessas duas doenças, pois o impacto dessa interação sobre a população afetada é facilitado pelas condições ambientais e sociais, deixando-a ainda mais vulnerável, amplificando o dano. A covid-19 afeta as Redes de Atenção à Saúde como um todo, pois rompe com as Linhas de Cuidado em Saúde e impacta o ambiente socioeconômico (BRASIL, 2022, p. 5).

Neste contexto, tornou-se evidente como o isolamento/distanciamento social promoveu algumas alterações na relação das mulheres com elas mesmas e com os seus familiares. Um ponto crucial ao discutirmos o sexismo é de que neste momento de enfrentamento da sindemia da Covid-19, “as mulheres tornaram-se ainda mais suscetíveis [...] ao aceitarem vagas [...] como estágios, trabalhos temporários, “bicos”, entre outros, por terem que conciliar trabalho doméstico e cuidados com os filhos” (BRASIL, 2022, p. 7). Portanto, as mulheres são responsabilizadas, muitas vezes, pela obtenção de renda, mas, além de tal atribuição incluem-se também para elas exaustivamente as atividades domésticas e os cuidados com os filhos, ao passo em que, para o sexo masculino, pela cultura patriarcal, ser o provedor da casa já é o suficiente. Com isso, as mulheres estão expostas a fatores potencialmente estressantes que podem afetar a sua saúde psicológica (BRASIL, 2022).



Não é comumente cogitado em nossa sociedade a possibilidade dos homens abandonarem o seu trabalho para serem pais integralmente, e isso aponta o prevaletimento do pensamento sexista a respeito dos papéis. Da mesma forma, grande parte da sociedade afirma que as mulheres são melhores do que os homens em relação à criação de filhas(os) (HOOKS, 2018).

Nessa mesma perspectiva, Bosi (1994) pontua que em uma sociedade de classes, destrocada mediante suas cruéis contradições, temos, por sua vez, a mulher, a criança e o velho como instâncias privilegiadas das crueldades. Porém, a mulher, a criança e o velho não são classes, mas, primeiramente, aspectos alterados e introduzidos em meio às classes sociais. É interessante pensar, ainda, segundo a autora, que todos pertencem a uma classe social que os caracteriza e exige-lhes definições, que, no limite, se consubstancia pela posição que é ocupada pelas pessoas nas relações objetivas de trabalho.

Ao nos atentarmos às principais questões deste estudo, que são as condições de saúde do corpo feminino, Hooks (2018) coloca que:

Todas as mudanças positivas no comportamento em estabelecimentos de saúde direcionados ao corpo feminino, direcionados à medicina da mulher, são resultado direto de luta feminista. Quando a questão é sistema de saúde, é levar a sério nosso corpo, as mulheres continuam a desafiar e a confrontar a indústria médica. Esse é um dos poucos espaços em que a luta feminista reúne apoio em massa das mulheres, estejam elas ou não comprometidas com as políticas feministas. Vemos o poder coletivo das mulheres quando o assunto são questões ginecológicas, tipos de câncer (principalmente o câncer de mama) que ameaçam as mulheres mais que os homens e, mais recentemente, doenças cardíacas (HOOKS, 2018, p. 48).

A busca das mulheres pelos cuidados em saúde revela-se mais empenhada em relação ao câncer de mama e às doenças cardíacas, devido à sensibilização e conscientização do número de óbitos ocorridos no mundo; no entanto, tem-se revelado um trabalho de muita eficácia por meio da prevenção e promoção à saúde.

Abordar o ser-mulher nos exige acentuar o foco para o olhar sensível à mulher negra em sua dimensão histórica, pois:

Evidencia-se que as mulheres negras exercem papel fundamental em toda a estruturação das relações de opressão e subordinação. O corpo delas é utilizado de todas as formas, dentre estas a apropriação e desvalorização de seu trabalho, próprio da contradição entre capital e trabalho (MADEIRA; GOMES, 2018, p. 470).

As estruturas de poder na sociedade, conforme estes autores, são responsáveis pelas malhas que tecem o sexismo e o capitalismo. E as mulheres negras são peças imprescindíveis para a engrenagem de todo o processo.

## 4.2 SER MULHER NEGRA

A mulher categoricamente está inserida no rol das opressões de gênero, acima de tudo, a mulher negra carrega consigo traumas transgeracionais que em interação com outros fatores patológicos ou comorbidades desenvolvem agravos à saúde integral e de forma acentuada à saúde mental. Na visão de Gonzalez (1984), o lugar em que nos situamos definirá a nossa interpretação a respeito do que a autora chama de duplo fenômeno do sexismo e do racismo, pois, nestas junções, o racismo institui-se como a indicativa de que assinala-se, por conseguinte, a *neurose cultural brasileira*. À vista disso, observaremos que sua relação com o sexismo gera consequências de violências direcionadas especificamente à mulher negra.

Sousa (1983) nos faz refletir que a mulher que se reconhece em seus aspectos identitários como uma mulher negra torna legítimo que:

[...] saber ser negra é viver a experiência de ter sido massacrada em sua identidade, confundida em suas perspectivas, submetida a exigências, compelida a expectativas alienadas [...] e, sobretudo, a experiência de comprometer-se a resgatar sua história e recriar-se em suas potencialidades (SOUSA, 1983, p. 17-18).

Ao resgarmos a história da mulher negra, analisamos as vivências de opressões desde o período de colonização até a época vigente no intuito de fundamentar suas lutas e dar possibilidades de ressignificações a experiências tão desumanas e, sobretudo, de empoderamento pautado em sua identidade perseguida enquanto raça e gênero.

Kilomba (2019) nos chama a atenção de que os termos de nomenclatura animal tiveram seu real teor distorcido durante o período de colonização, principalmente na língua portuguesa, na qual ainda são empregados com inegável orgulho. Tal sutileza a autora denomina como uma “romantização” que nada mais é do que uma narrativa colonial que oculta as relações de poder, assim como o abuso sexual, que vitimiza a mulher negra, sendo exposto como conquistas sexuais triunfantes, tendo como consequência um novo corpo exótico e, acima de tudo, produtor de desejos. Estes termos criaram uma hierarquização interna na negritude, beneficiando, assim, a construção da branquitude como um ideal de condição humana, o que a coloca como superior às formas impuras de humanidade dos ditos seres animalizados (KILOMBA, 2019).

Corroborando o anteriormente enunciado, estudos fanonianos a respeito da alienação do sujeito negro ressaltam a necessidade ou relevância de proximidade com o branco, em ensejo de possuir uma razão política e ideológica de dominação. Neste caso, o negro não o considera como o colonizador que se apoderou de suas riquezas, colonizou os seus territórios e, portanto, escravizou seus corpos. De forma contraditória, o branco é referência daquilo que

se entende sobre humanidade; por certo, a cultura europeia é vista como a cultura humana e sua filosofia com caráter de humanidade (CARVALHO, 2018, p. 24). A importância de se compreender os fatores que levam a um comportamento social que alguns autores chamam de “neurose cultural” justifica, por sua vez, a desalienação dos corpos vitimizados pela escravidão e pelo capitalismo.

De acordo com a terminologia alicerçada no referido histórico colonial que atribui identidade à condição animal, os seguintes termos são os mais triviais ao longo dos séculos:

[...] m. (mestiça/o), palavra que tem sua origem na reprodução canina, para definir o cruzamento de duas raças diferentes, que dá origem a uma cadela ou um cão rafeira/o, isto é, um animal considerado impuro e inferior: m. (mulata/o), palavra originalmente usada para definir o cruzamento entre um cavalo e uma mula, isto é, entre duas espécies animais diferentes, que dá origem a um terceiro animal, considerado impuro e inferior; c. (cabrita/o), palavra comumente usada para definir as pessoas de pele mais clara, quase próximas da branquitude, sublinhando porém a sua negritude, e definindo-as como animais (KILOMBA, 2019, p. 19-20).

Nesse sentido, a reprodução colonial de terminologias não foi, por muito tempo, sequer questionada ou discutida nas escolas, por meio de currículos que abordassem o pensamento racial brasileiro e tão pouco as relações étnicas e raciais na contemporaneidade. Conforme algumas mudanças se deram através de leis que puderam garantir a inserção de tais discussões nas escolas e, não obstante, nas universidades, tornou-se possível o início de uma desalienação racial brasileira, ainda que tardia em relação ao colonialismo. A Lei nº 10.639/2003, de 09 de janeiro de 2003, altera significativamente a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e estabelece as diretrizes da educação nacional para integrar no currículo da Rede de Ensino a discussão da temática obrigatória sobre “História e Cultura Afro-brasileira” no sentido de resgatar a história da África, a luta do povo negro no Brasil, e também a sua cultura como contribuição à nossa sociedade. Lei esta sancionada pelo então Presidente da República Luís Inácio Lula da Silva, que considerou como importante pauta em seu governo as questões sociorraciais, principalmente na educação; desde a entrada em vigor da presente lei, foi incluído no calendário escolar brasileiro o dia 20 de novembro como o “Dia Nacional da Consciência Negra” (BRASIL, 2003).

Entretanto, as descobertas da ancestralidade que demarcam os processos emancipatórios na história da mulher negra e as mudanças alcançadas ao longo desse tempo deram-se mediante as lutas pautadas no feminismo negro. Retomando mais a fundo as questões do ser mulher negra, podemos compreender os traços minuciosos desta identidade através de Akotirene (2020) que discute a mulher diante do feminismo negro e o conceito de interseccionalidade:

A interseccionalidade visa dar instrumento teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado - produtores de avenidas identitárias em que mulheres negras são repetidas vezes atingidas pelo cruzamento e sobreposição de gênero, raça e classe, modernos aparatos coloniais (AKOTIRENE, 2020, p. 19).

O termo “interseccionalidade” foi criado por Kimberlé Crenshaw, e demarca as opressões de gênero e de raça, segundo Akotirene (2020), que compreende o termo como articulação das fragmentações identitárias reposicionadas repetidamente pelos povos negros, no intuito de defender uma identidade política em objeção ao que mantém a opressão colonialista por meio do racismo cis-heteropatriarcal capitalista. Através de reflexões que tornam imprescindível o senso crítico é importante acentuar as considerações de Sousa (1983, p. 3) ao salientar que: “A violência racista do branco exerce-se, antes de mais nada, pela impiedosa tendência a destruir a identidade do sujeito negro”. E tal sutileza colonial, portanto, resulta na anulação existencial das subjetividades etnicamente reprimidas e silenciadas.

Para Sedgwick (2007), o racismo baseia-se em um estigma que é perceptível, exceto em alguns casos atípicos que delimitam as margens, sem atingir em profundidade a experiência racial. No entanto, as opressões são constituídas inclusive em gênero, sejam elas opressões étnicas, culturais e religiosas. Existe uma representação dominante sobre a sexualidade de negras(os) como se fossem positivamente os mais potentes. No entanto, é um estereótipo reducionista e discriminativo, reproduz a imagem de que os homens negros são tarados e violentos e as mulheres negras são prostitutas. O racismo sofrido por homens negros e mulheres negras demonstra particularidades, elas são vistas como corpo e eles como bandidos (CFP, 2017).

As intersecções étnicas, raciais e de gênero, entre outras, compõem a historicidade do contexto das pessoas e não as reduzem a uma única constituição identitária. Para o CFP (2017), o racismo correlacionado ao sexismo se evidencia em diferentes situações, seja na possibilidade de estudar, de ter ou não trabalho, na possibilidade de se casar, na forma de morrer, entre outras, sendo que todas impedem a mobilidade social e causam danos à saúde mental.

Sousa (1983) expõe que os estudos das vicissitudes do negro brasileiro, como *ser* em ascensão social, produz a reflexão a respeito da violência. Pois, nela se mostra configurar-se o centro de toda a questão envolvida. Ser negro para a autora é ser violentado constantemente sem pausa por uma injunção dupla, primeiro é o de encarnar os ideais do ego do sujeito branco e o de recusar, anular e negar a presença do corpo negro. Ainda, para a autora: “o

sujeito negro oprimido, os indivíduos brancos, diversos em suas efetivas realidades psíquicas [...] ganham uma feição ímpar, uniforme e universal: a brancura [...] detém o olhar do negro antes que ele penetre a falha do branco” (SOUSA, 1983, p. 4).

Portanto, o CFP (2017) ressalta que dar visibilidade para o fato de o racismo causar sofrimento psicológico e mental principalmente em mulheres negras pode colaborar no desmantelamento dessa modalidade de dominação. Torna-se oportuno pensá-la criticamente, a denunciá-la de modo a contribuir com a desestruturação de mecanismos sociais e subjetivos que a autorizam. Deste modo, a saúde mental, para Damasceno e Zanillo (2018), é um campo pluridisciplinar e, como tal, é necessário à Psicologia colocar-se de prontidão nas contribuições com as pesquisas e intervenções pertinentes a qualquer população e dor psíquica. O suporte psicológico é de suma importância para as pessoas que o procuram em consequência do sofrimento enfrentado por diversos âmbitos: físico, mental e étnico-social.

#### 4.3 VULNERABILIDADES EM SAÚDE FÍSICO-MENTAL

A interação entre o processo saúde-doença física e mental e a vulnerabilização às doenças crônicas implica em muitos aspectos a serem refletidos e contextualizados para posteriormente serem compreendidos sob uma ótica que não reproduza um fundamento simplista, uma vez que este último gera uma relação entre “loucura” e “pobreza” fortalecendo, nesse sentido, o preconceito e a estigmatização relacionada à população menos favorecida (GAMA; CAMPOS; FERRER, 2014).

Consideraremos três importantes âmbitos de vulnerabilidade, conforme Nardi, Silveira e Machado (2017):

Consideramos os âmbitos de vulnerabilidade individual/pessoal (depende do grau e da qualidade da informação sobre o problema de que os indivíduos dispõem da sua capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las ao seu repertório cotidiano e, também, das possibilidades efetivas de transformar suas práticas), social (relacionada a aspectos sociais, políticos e culturais combinados como acesso a informações, grau de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidades de enfrentar barreiras culturais) e programático (associado à existência - ou ausência - de políticas públicas e ações organizadas para enfrentar o problema) como aqueles que compõem, de forma articulada e indissociável, o cenário sobre o qual nos debruçamos nesse momento. Ou seja, não é possível pensar um âmbito de vulnerabilidade sem a sua devida intersecção com os demais (p. 42).

A vulnerabilidade possui âmbitos que se relacionam entre si, estando atrelados diretamente ao nível precursor de desigualdade social. Tais desigualdades são oportunamente transferidas para o campo da saúde. Não por causalidade, o maior número de desigualdades

percebidas no campo da saúde encontra-se em relação direta com outros planos da vida social (BARRETO, 2017).

Perceber, então, que a vulnerabilidade possui diversos fatores sociais contribuintes no processo de vulnerabilização à saúde físico-mental é imprescindível. Kabad, Bastos e Santos (2012) asseveram que: “de um modo geral, há o reconhecimento da importância da dimensão étnico-racial para a compreensão do processo saúde-doença”. Por outro lado, “as relações étnico-raciais, notadamente o racismo, não são problematizadas pelos profissionais, ou seja, as desigualdades são naturalizadas, não questionadas, invisíveis” (DAMASCENO; ZANELLO, 2018 p. 458).

De acordo com Santos *et al.* (2019, p. 2757), o Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil ressalta que: “a população negra chega menos às atividades de saúde, tem maiores possibilidades de sofrer com morte materna e infantil, são mais assolados pela violência do que os brancos”. A partir de estudos sobre as doenças e agravos prevalentes na população negra, os autores trazem à discussão as doenças que são geneticamente adquiridas pela raça negra brasileira, acentuando as hemolíticas, que são de natureza hereditária, como a *anemia falciforme*, que produz uma série de prejuízos nas atividades laborativas e na expectativa de vida da pessoa com o diagnóstico.

Um sério e preocupante fator em relação ao trabalhador da saúde no atendimento à população negra, para Santos *et al.* (2019), é o desconhecimento da anemia falciforme, sendo que 50% das pessoas estudadas relataram que havia mais pessoas na comunidade à qual de sua inserção com a doença, e que não eram assistidas pela unidade de saúde presente. Esta observação, segundo os autores, vem denunciar que é necessário o trabalho através de ações educativas para o atendimento às pessoas com hemoglobinopatias, pois somente 11% das pessoas com anemia falciforme teve acesso a informações a respeito de ingestão de água, nutrição, sexo, consumo de álcool e outras drogas, e também cuidados com a pele. Ou seja, há um déficit de conhecimento e de instrução por parte dos profissionais de saúde acerca do assunto, conseqüentemente, com impacto em morbimortalidades que poderiam ter sido evitadas (SANTOS *et al.*, 2019).

Rabelo *et al.* (2018) apontam, acerca das vulnerabilidades na perspectiva de saúde e envelhecimento através de um recorte racial que:

Os idosos negros apresentaram predominantemente baixa renda, baixa escolaridade, maior índice de analfabetismo, vivendo em arranjos domiciliares multigeracionais ou mistos, e com renda familiar percebida pelos próprios idosos como insuficientes para suas necessidades (p. 198).

Diante desta realidade é necessário atentar não somente para as questões geracionais e etárias, mas também é imprescindível considerar as questões raciais ao longo da existência humana. As condições socioeconômicas instituídas como recurso, pois exercem indispensável função para o bem-estar no envelhecimento, articulam-se com os baixos níveis de escolaridade e de renda que apontam como instalada a vulnerabilidade social, produzindo consequências prejudiciais em longo prazo e, por isso, causando fatores estressantes, fazendo relação com os danos ocasionados devido a diminuição da resiliência biológica e da plasticidade comportamental características do envelhecimento (RABELO *et al.*, 2018). E assim, é necessário colocar em evidência a importância de conhecimentos fomentadores da identificação de fatores externos contribuintes à vulnerabilidade no processo de envelhecimento humano natural.

No entanto, quando se estuda as relações raciais diante de uma população adulto-idosa, as tradições e os valores culturais, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (WHO, 2005), devem estar no foco das ações, na observância de considerar como uma sociedade enfrenta o processo de envelhecimento e se relaciona com a pessoa idosa, Isto, na acurácia de saberes que quando fazem relação do envelhecimento com sintomas de doença, há menor perspectiva de realizar a prevenção, detecção e de oferecer tratamento apropriado. Assim, é preciso reconhecer que a diversidade cultural que cerca as diferentes etnias acarreta uma multiplicidade de valores, tradições e comportamentos na cultura dominante de uma nação, onde as políticas e os programas devem não somente acatar as culturas e tradições, mas tornar acessível o conhecimento de padrões estabelecidos por meio de informações fidedignas.

Diante do que os estudos apontam como diferenças raciais no surgimento de doenças e agravos à saúde, verificaram-se, conforme Santos *et al.* (2019, p. 2764), que, “as diferenças raciais ocorridas podem ter como causa o fato de os negros serem mais portadores de diabetes, com pior controle glicêmico chegando a maiores agravos”. Os autores ressaltam que estas diferenças podem estar relacionadas ao número maior de pessoas negras em leitos hospitalares sem monitoramento cardíaco e identificação tardia da parada cardiorrespiratória (PCR). Trata-se de resultado que nos convida a refletir como se dá a distribuição de leitos hospitalares com monitoramento e a classificação de risco do paciente.

Partindo do exposto, de que a discriminação racial também pode ocorrer em espaços institucionalizados, podemos identificá-la de forma mais sutil e o seu manejo se quer é questionado mediante as normas. Vejamos o conceito do CFP (2017) acerca do que é denominado racismo institucional:

[...] às prioridades e escolhas de gestão que privilegiam ou negligenciam determinados aspectos, infligindo condições desfavoráveis de vida à população negra e indígena e/ou corroborando o imaginário social acerca de inferioridade dessa população, e, na contramão, atua como principal alavanca social para os(as) brancos(as) (CFP, 2017, p. 48).

A forma com que a desigualdade social se acentua principalmente nos campos da saúde evidencia que a população negra está inserida em vulnerabilidades aos quais não são dados aparatos sociais de discernimento para tal compreensão de seus direitos. Para o CFP (2017, p. 48): “a prática de racismo institucional pode ser considerada a principal responsável pelas violações de direitos dos grupos raciais subalternizados”. Ou seja, nas formas desiguais de acesso e tratamento das instituições públicas e privadas se legitima a prática do racismo institucional.

Relacionando estas questões ao surgimento de doenças e agravos prevalentes na população negra, foi constatado, conforme Santos *et al.* (2019), que nos pacientes negros foi prevalente o número de casos de Doença Renal Crônica (DRC) relacionada em maior frequência a pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2) e, principalmente, com pouca escolaridade e compreensão a respeito das doenças.

Desse modo, Gonzalez e Hasenbalg (1982, p. 93) considera válida uma importante análise sobre o que: “as causas das desigualdades raciais não só devem ser procuradas no passado, mas que elas também operam no presente”. Tal afirmação remete-nos a confrontar informações na literatura acessada até o momento atual, a respeito do silenciamento e anulação intelectual dos povos negros.

A população negra carrega consigo formas peculiares de vulnerabilidades e de enfrentamentos psicossociais. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) estabeleceu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), como uma estratégia de luta contra as desigualdades em saúde, a qual busca, sobretudo, o reconhecimento das condições de vida que resultam de processos sociais, culturais e econômicos injustos.

Analisar as condições sociais de saúde da população negra é necessário, além disso, conceber a grave questão do racismo em nosso país, que persiste, ainda que tenhamos conquistado algumas mudanças institucionais, uma vez que o racismo consegue se validar no cotidiano pela linguagem comum, pela tradição e pela cultura (BRASIL, 2013).

As desigualdades raciais que expõe a população negra a situação de vulnerabilidade são reveladas nas relações familiares, sociais e institucionais (Rabelo *et al.*, 2018). De modo que, mostra-se como necessário ampliar o foco sobre os fatores socioeconômicos e culturais



que, em conjunto, interagem, atingindo a saúde física, psicológica e a integridade coletiva e individual de pessoa.

#### 4.4 O ENFRENTAMENTO DAS DCNT EM INTERFACE À SAÚDE MENTAL

Dentre as vulnerabilidades citadas anteriormente, as questões classistas, racistas e étnicas estão entrelaçadas ao sofrimento relacionado à saúde mental, o qual surge, em muitos casos, em decorrência de traumas raciais. Para Fanon (1968, p. 42): “[...] a afetividade do colonizado se mantém à flor da pele como uma chaga viva que evita o agente causístico”. À vista disso, o aparelho psíquico, na visão fanoniana, desenvolve sucessivos mecanismos de defesa, inclusive demonstrações musculares que conduzem os ‘eruditos’ a assegurar que o sujeito ‘colonizado’ configura-se um ‘histérico’. Interpretamos à luz do contemporâneo, mas não menos opressor se revela este tempo, e compreendemos que o sofrimento de vulneráveis é causado por desigualdades sociais, e a forma com que estes respondem é usada contra os mesmos como uma arma eficaz de anulação subjetiva.

A partir destas discussões, podemos primeiramente analisar as identidades étnicas e raciais na medida em que elas se classificam e como as pessoas se autodeclaram, ou seja, como as pessoas se autorizam e se reconhecem perante as cicatrizes e traumas coletivos de uma historicidade do colonialismo, da alienação de si mesmo e da negritude em detrimento da soberania da branquitude e do embranquecimento. Nesse aspecto, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), onde foram consideradas 05 (cinco) categorias para a classificação de cor ou raça (branca, preta, amarela, parda e indígena), obteve que:

[...] a população residente era composta por 45,2% de pessoas de cor branca, 45,1% de pardos e 8,9% de pretos. Não há alteração significativa dessa distribuição quando comparada à do ano anterior, mas a série, desde 2004, mostra redução da população branca e aumento das demais (IBGE, 2016, p. 33).

No Brasil, a porcentagem de pessoas que se autodeclaram negras e a ausência de indígenas ainda revela o contraste estarrecedor diante da realidade racial no país. Os resultados disto tem seu reflexo nas políticas públicas, a exemplo de como são percebidas as pessoas negras ou afrodescendentes como pretas e pardas. A população brasileira é negra em sua maioria e sobre ela as opressões são direcionadas pelos atos discriminatórios incessantes. Portanto, o ‘fenômeno’ da ‘pardalização’ recebe destaque na autoafirmação da população e propõe o pardo como ‘coringa’ para a indefinição de uma raça/etnia (MADEIRA; GOMES, 2018).

Entretanto, um importante problema encontrado nos estudos da população negra segundo Santos *et al.* (2019) foi o registro dos filhos de mães negras realizados de forma inadequada, o que evidencia uma dificuldade de saber se uma criança ao nascer é branca, negra ou parda. Ao mesmo tempo, a Declaração de Nascidos Vivos (DNV) usada em maternidades acaba não sendo preenchida, supostamente por desconhecimento ou insegurança por parte dos profissionais em declarar a cor de pele da criança, salvaguardando-se dos questionamentos que surjam, inclusive por parte dos familiares, fato que traz à tona restrições às discussões sobre a cor e raça. Porém, a PNSIPN destaca que é necessário o preenchimento do item cor nos instrumentos de coleta do Serviço Único de Saúde (SUS), cujo objetivo visa favorecer o registro de dados e colaborar com a gestão e planejamento das formas de cuidado e tratamento adequados à população negra, e, nesse sentido, progredir nos estudos e discussões a respeito das desigualdades encontradas no campo da saúde (SANTOS *et al.*, 2019).

A indefinição da cor ou raça por si mesma revela-se a forma com que os brasileiros em questão se autopercebem e autodeclaram, ou seja, lidam com questões que dizem respeito a sua alteridade. Desse modo, Carvalho (2018, p. 26) realiza uma análise do inconsciente: “O negro se autodetermina que é o não ser, já que o ser é branco, o universal não o alcança, é o outro, enclausurado em sua própria alteridade. Sendo o outro absoluto é o contrário completo da razão branca”. A negação inconsciente da negritude impede a conscientização negra de legitimar-se e de autoafirmar-se diante de políticas autoafirmativas e de estratégias de empoderamento racial.

Avigorando a compreensão supracitada, a cultura imbricada nas relações interétnicas, de acordo com os estudos antropológicos, possui influência na formação de identidades, como enuncia Oliveira (2005):

[...] é por isso que o papel da cultura não se esgota em sua função diacrítica, enquanto marcadora de identidades nas relações interétnicas [...] nas sociedades multiculturais é que a questão da identidade étnica e de seu reconhecimento vai se tornar ainda mais crítica. Em tais sociedades a dimensão da identidade étnica relacionada com a da cultura tende a gerar crises individuais ou coletivas. E com elas surgem determinados problemas sociais susceptíveis de enfrentamento por políticas públicas, como, por exemplo, as chamadas políticas de reconhecimento (p. 17-18).

Importa observar que, ainda que a alteridade seja compreendida como um ponto a ser mais bem explorado, a cultura detém um importante papel na formação de identidade étnica nas sociedades multiculturais que estão suscetíveis ao enfrentamento inclusive de crises de natureza coletiva. Entretanto, quando analisadas as questões identitárias, Fanon (2008, p. 93-

95) salienta que: “todo o mundo já o disse, para o negro a alteridade não é o outro negro, é o branco”. Todavia, o autor discute a respeito do desejo de embranquecimento do negro diante de uma sociedade que possibilita o complexo de inferioridade e a manutenção deste, para sustentar a superioridade de uma raça, conforme esta sociedade cria dificuldades, a pessoa negra é exposta a uma situação neurótica.

Todavia, uma forma de ocultar o racismo e mascará-lo, de forma que ele seja mantido e perpetuado transgeracionalmente, revela-se como uma violência extrema de alienação do sujeito de si mesmo:

No racismo, a negação é usada para manter e legitimar estruturas violentas de exclusão racial: “Elas/es querem tomar o que é Nosso, por isso Elas/es têm de ser controladas/os”. A informação original e elementar – “Estamos tomando o que é Delas/es” – é negada e projetada sobre a/o “Outra/o” – “elas/eles estão tomando o que é Nosso” -, o sujeito negro torna-se então aquilo a que o sujeito branco não quer ser relacionado. Enquanto o sujeito negro se transforma em inimigo intrusivo, o branco torna-se a vítima compassiva, ou seja, o opressor torna-se oprimido e o oprimido, o tirano. Esse fato é baseado em processos nos quais partes cindidas da psique são projetadas para fora, criando o chamado “Outro”, sempre como antagonista do “eu” (self) (KILOMBA, 2019, p. 34-36).

Em vista disso, é válido ressaltar que no Brasil, no século XIX, o tratamento oferecido a uma pessoa negra em sofrimento mental e psicológico era determinado pelo pensamento eugenista, em outras palavras, desconsiderava-se que essa pessoa enfrentasse qualquer tipo de sofrimento por sua genética (DAMASCENO; ZANELLO, 2018).

Mediante as questões perpassadas por gerações de negras(os) violentadas(os) física e psicologicamente, nos atentamos aqui apenas a saúde mental. Silva (2021, p. 40) adverte que: “quando a escravidão e o racismo são negados enquanto feitos violentos, não sendo criminalizados, marcas traumáticas são reinscritas, transcendendo as violências cometidas. A negação do ato traumático funciona como um segundo momento do trauma”. Não obstante, os traumas de violência sofrida pela população negra são, todavia, de cunho sexual desde os primórdios da colonização, enquanto as mulheres negras eram vistas como desejáveis e os homens negros eram vistos como perigosos. O imaginário social na atualidade apresenta-se como ainda mais vulnerável à continuidade destes atos violentos contra a população negra (CFP, 2017). É preciso desconstruir a visão e ação do racismo que se movimenta como uma praga e dar voz ao sujeito silenciado.

Ambas as questões, saúde mental e racismo, são muito complexas quando estas se encontram entrelaçadas a um sintoma social a ser tratado:

[...] uma população afrodescendente em maioria numérica, que se mantém em posição socialmente minoritária, bloqueada pelas lesões decorrentes do horror traumático reflete o que eu chamaria de personalidade aprisionada pelo horror do traumático. Propiciar a simbolização do trauma intencionando a elaboração do

mesmo é um desafio, mas também um caminho para a libertação da personalidade de ambas as populações, negra e branca (SILVA, 2021, p. 56).

Podemos observar uma importante colocação da autora, que nos chama a atenção de que uma população negra, mesmo em maioria, permanece em posição de minoria social devido a bloqueios psicológicos oriundos de traumas históricos. E o que de mais importante há nesta reflexão? É que a elaboração do processo traumático libertaria tanto a população negra como a população branca. Ainda, para Silva (2021), a forma de atuação na visão antirracista relaciona-se diretamente com a produção de saúde mental, adotando, por meio desta, uma função não somente curativa, mas principalmente preventiva, seja no âmbito clínico ou no âmbito social e político, pois na ausência desta atuação, jamais iremos conseguir a construção de uma sociedade humanizada e saudável mentalmente.

Partindo da concepção de saúde mental nas relações raciais, nos inserimos no campo de abordagem das DCNT, primeiramente ao considerar que o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) determina e dá preferência às ações e investimentos precisos para o seu planejamento e enfrentamento com controle (BRASIL, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde, as DCNT: “são as principais causas de morte no mundo, correspondendo a 63% dos óbitos em 2008. Aproximadamente 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda” (BRASIL, 2011, p. 11). Importante ressaltar que pessoas com menos de 60 anos correspondem a um terço dessas mortes. Mas, no Brasil, as DCNT “constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes. As DCNT atingem fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis” (BRASIL, 2011, p. 11). Desse modo, a identificação dos fatores de risco para as DCNT pode evidenciar a realidade brasileira em constante declínio social e como ponto crucial para ampliar as políticas públicas de alcance às pessoas em situação de vulnerabilidade.

Silva (2007) afirma que as pessoas idosas tornam-se predispostas às situações de adoecimento na maioria das vezes na forma crônica da doença, visto que possuem uma adaptação mais difícil ao meio e são mais vulneráveis ao surgimento de doenças como o diabetes *mellitus*. Caso haja, a junção das alterações provenientes do envelhecimento com as DCNT gera consequências de maior necessidade de atenção voltada para a pessoa idosa por parte da sociedade civil, dos profissionais de saúde e principalmente da família, que necessitará ter instrução e habilidades para prevenir e minimizar o agravamento dos efeitos de ordem física e psicológica. Ou seja, a prevenção e promoção à saúde diante das DCNT

exigem observações e cuidados de amplos aspectos, dentre estes, a relação de etnia/raça com a predisposição às doenças.

Para contemplar alguns fundamentos nesta discussão, destacamos as doenças mais prevalentes na população negra (BRASIL, 2017):

- Anemia falciforme - é uma doença hereditária resultante de uma mutação genética oriunda do continente africano, vinda para o Brasil por meio do tráfico de escravos. Sua causa é um gene recessivo encontrado na população brasileira em geral variando entre 2% a 6%, e na população negra, de 6% a 10%.
- *Diabetes mellitus* (tipo II) - desenvolve-se na fase adulta, evoluindo e prejudicando todo o organismo. Enquadra-se como a quarta causa de morte e o principal agente de cegueira adquirida no Brasil. Atinge com maior frequência os homens negros - sendo nestes 9% superior em relação aos homens brancos, e as mulheres negras, em incidência 50% superior às das mulheres brancas.
- Hipertensão arterial sistêmica - acomete 10% a 20% dos adultos em nosso país, sendo a causa direta ou indireta de 12% a 14% dos óbitos ocorridos. Geralmente, a sua incidência é maior entre os homens e possui tendência de alta complexidade em pessoas de raça/etnia negra de ambos os sexos.
- Deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase - atinge mundialmente mais de 200 milhões de pessoas. A ausência desta enzima no organismo causa o extermínio dos glóbulos vermelhos, evoluindo para a anemia hemolítica e sendo um distúrbio genético ligado ao cromossomo X; o índice é mais alto em homens.

Uma das DCNT que levanta suspeita de imediato, de acordo com Silva (2007), quando observados os sintomas como incontinência urinária, perda de peso e confusão mental é a *Diabetes Mellitus*. E no caso da pessoa idosa, algumas síndromes especiais podem resultar em caquexia diabética (miopatia dolorosa, anorexia, perda de peso e depressão). A autora reforça a relação entre DCNT e o surgimento de um transtorno mental que é a depressão. Desse modo, o Plano de Enfrentamento das DCNT expõe diversas atuações que tem como objetivo a promoção da saúde, prevenção e controle das doenças. No caso da HAS, esta mostra-se em alta prevalência no mundo e no Brasil, compreendendo ser muito alto o seu custo social. A causa que mais se repete nas demais doenças do aparelho circulatório é a hipertensão, tornando-se um fator de risco significativo. Inclusive, a hipertensão encontra-se relacionada às doenças e condições crônicas como o diabetes. O controle apropriado da HAS, prioritariamente, exige demanda em ações articuladas dos três eixos em que se encontra

delineado o “Plano de vigilância da hipertensão: integralidade do cuidado, comorbidades e seus determinantes e promoção da saúde” (BRASIL, 2011, p. 61).

Deste modo, intervenções com o objetivo de prevenção das DCNT devem ser potencializadas de modo a reduzir os impactos à saúde humana, e neste direcionamento pode-se considerar o Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus, realizado no Brasil em 2001, há mais de duas décadas. À época, resultou na detecção e integração ao sistema de saúde de aproximadamente 320 mil pessoas com o diabetes (BRASIL, 2011). Abordagens desta natureza devem se constituir como política de Estado à saúde pública das populações, em fluxo contínuo de rastreamento.

No entanto, diversos são os fatores agravantes à saúde pública que contribuem com a vulnerabilização em saúde físico-mental e com a violação dos direitos humanos, relacionado aos pacientes hospitalizados ou pessoas institucionalizadas, a exclusão social e a criação de políticas públicas, como coloca Arbex (2013) no livro *Holocausto brasileiro*, e nos faz refletir:

[...] os discursos ganharam novo viés, como a necessidade de extinção dos leitos de baixa qualidade, com a garantia de contratação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. E apesar dos equívocos e acertos na construção de um novo paradigma para a saúde pública, **a loucura ainda é usada como justificativa para a manutenção da violência e da medicalização da vida. É como se a existência pudesse ser reduzida à sua dimensão biológica e para todos os sentimentos existisse um remédio capaz de aliviar sintomas e de transformar realidade em fuga** [...] ontem foram os judeus e os loucos, hoje os indesejáveis são os pobres, os negros, os dependentes químicos, e, com eles, temos o retorno das internações compulsórias temporárias. Será a reedição dos abusos sob a forma de política de saúde pública? (ARBEX, 2013, p. 232, **grifo nosso**).

A forma com que a reflexão é colocada causa talvez um estado de perplexidade, porém, é uma alerta às novas e incessantes roupagens de políticas públicas que encobrem exclusões humanas, principalmente a patologização que estrategicamente está relacionada à manutenção da medicalização desenfreada da vida como instrumento de violência. Portanto, a relação com a política e os serviços de saúde, a falta de investimento no combate a doenças e agravos mais prevalentes na população negra, geram a alta morbimortalidade por causas que poderiam ser prevenidas através de políticas públicas eficientes (CFP, 2017).

Em se tratando de saúde mental, as pessoas com DCNT em situações de vulnerabilidades podem vir a ter maior propensão a desenvolver um sofrimento psicológico e mental. É pensada nesse sentido a ampliação da capacidade de intervenções efetivas para DCNT através da capacidade do sistema de saúde, visando fortalecer o compromisso governamental em priorizar os programas de doenças crônicas e expandir sua capacidade. A

Linha de Cuidado de DCNT e Abordagem integral das DCNT abrange a atuação em todos os níveis de saúde na promoção, na prevenção e no cuidado integral (BRASIL, 2011).

Ao se falar em cuidado integral está-se a falar da pessoa em sua inteireza físico-mental em saúde, e assim, da necessidade de cuidado à saúde mental. Sousa *et al.* (2021) chamam a atenção de que as DCNT são condições de risco relevante ao surgimento da depressão, porém, apesar de haver indícios dessa relação pela população comum, ainda é desconhecido o marcador de gênero em tal associação. Salientam os autores a escassez de estudos que possam distinguir a relação entre sexo e DCNT no surgimento ou mesmo prevalência da depressão. A saúde mental evidencia-se como uma demanda a ser mais bem explorada entre os fatores de vulnerabilidade humana pelas ciências, e no que destacamos neste estudo – as ciências sociais e humanas.

## 5 METODOLOGIA

*A cientificidade, portanto, tem que ser pensada como uma idéia reguladora de alta abstração e não como sinônimo de modelos e normas a serem seguidos. A história da ciência revela não um "a priori", mas o que foi produzido em determinado momento histórico com toda a relatividade do processo de conhecimento.*  
(MARIA CECÍLIA DE SOUZA MINAYO, 1993, p. 11)

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo seguiu a abordagem de investigação qualitativa, exploratória e descritiva no direcionamento de chegar o mais próximo dos saberes desveladores referentes às relações étnico-raciais e a saúde mental de mulheres adulto-idosas e as possíveis influências no processo de vulnerabilização às doenças crônicas como HAS e DM2. Uma eleição metodológica produzida pela questão norteadora da pesquisa.

O direcionamento na abordagem qualitativa assenta-se na compreensão de que se nos interessa mais apreender as percepções comuns e incomuns presentes na subjetividade das pessoas envolvidas na pesquisa, como salientam Marques *et al.* (2006) e Demo (2000), pontualmente o que se perseguiu com os objetivos deste estudo, e assim, caminhar mais conscienciosamente em temas de grande complexificação, como nos que se funda este estudo, que não pode ser entendido pelo viés da simplificação. Sendo assim, aciona os saberes da complexidade de Morin (1997), quando nos ensina a adotar o pensamento crítico e reflexivo sobre o próprio pensar e seus métodos, o que em nossa percepção trata-se de uma ação interativa e alicerçadora dos saberes da ciência Psicologia alinhada à saúde mental no processo de viver de mulheres em enfrentamento por DCNT.

O estudo assenta-se ainda no tipo de investigação cíclica ou interativa sugerida por Miles e Huberman (1984), os quais nos ensinam a compreender os fenômenos e desvelá-los em sua essência, não se reportando a modelos estatísticos, mas aos sentidos e significados do ser-existir enovelado em relações e interações humanas.

Segundo Goldenberg (1998), isso nos ajuda a descrever a complexidade de determinados problemas e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, a exemplo das participantes desta pesquisa, possibilitando entender as particularidades do comportamento das pessoas. Sendo assim, mostra-se ainda como de natureza exploratória,



uma vez que buscou descobrir o processo de viver de vulnerabilização das mulheres que aceitaram participar deste estudo, para o qual foi adotado um plano aberto e flexível de trabalho, focalizado na realidade de forma complexa e contextualizada, como nos ensinam Lüdke e André (1986). Assim, preocupou-se com o universo dos significados e dos fenômenos vivenciados por elas.

Neste percurso, perseguiu-se o entendimento de que a pesquisa qualitativa envolve abordagens interpretativas e naturalísticas dos assuntos, segundo o significado que as pessoas lhes atribuem, o que exige uma postura de análise e interpretação de multirreferencialidade, ou seja, uma postura de ser “bricoleur”, o que reflete numa tentativa de assegurar uma compreensão em profundidade do fenômeno estudado (DENZIN; LINCOLN, 1994), e, segundo estes autores, de a multirreferencialidade lançar luz à transversalidade entre teóricos que possam embasar o pensar-agir do fenômeno em estudo, compreensão que norteou todo o caminhar desta investigação.

## 5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Jequié, BA, especificamente, no Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivibilidade com Doenças Crônicas (Niefam), um núcleo de ensino-pesquisa-extensão, vinculado ao Departamento de Saúde II (DSII) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Campus de Jequié, oriundo do Grupo de Pesquisa: “Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Sociedade”, cadastrado no Diretório de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) desde 2008.

O Niefam tem como proposta o atendimento à população de Jequié que apresenta problemas de DCNT, em ação proximal comunitária desde 1999. Ao longo dos anos se remodelando ao alcance de melhor atender as demandas de cuidados enunciados pelos(as) participantes cadastrados(as) em uma de suas multiversas estratégias cuidativas ao processo de longeviver das pessoas com qualidade de saúde e vida<sup>1</sup>.

No contexto atual do cenário epidemiológico da pandemia pela COVID-19, doença infecciosa causada pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), o atendimento do Niefam, desde março de 2020, ocorreu por meio de ferramentas digitais (SILVA *et al.*, 2020). Atualmente,

---

<sup>1</sup> <http://www2.uesb.br/revistaeletronica/programa-cuida-de-pacientes-com-doencas-cronicas-em-jequie/>

cem (100) pessoas adulto-idosas estão cadastradas, a maioria mulher, da raça negra, procedente de comunidades periféricas do município de Jequié, e pertencentes à rede de Atenção Básica de Saúde (ABS) deste município.

É neste contexto de aproximação relacional cuidativa por meio digital e presencial, instituído pelo Niefam, que essa pesquisa foi realizada.

### 5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Aninhado ao cenário descrito anteriormente, fizeram parte do estudo dez mulheres adulto-idosas em enfrentamento das doenças crônicas HAS, DM2 e cadastradas no serviço de psicologia do NIEFAM e que foram anuentes ao estudo, assinando Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo estes os critérios de inclusão, excluídos os casos em que as mulheres não se encontravam cadastradas no serviço de psicologia.

Este número de participantes demonstrou ser suficiente para compreensão do fenômeno estudado, para o qual assentou-se nas recomendações de Lessard-Hèbert, Goyette e Boutin (2005).

Em observância à pandemia pela COVID-19 a inclusão das participantes teve em pauta o estado de vacinação da 1ª, 2ª e 3ª dose à época da coleta de dados, período de dezembro de 2021 a abril de 2022, segundo esquema vacinal em implementação no Brasil, pelo Programa Nacional de Imunização em execução em todo território nacional, a exemplo de Jequié, BA.

### 5.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICO-LEGAIS

Os princípios éticos deste estudo foram contemplados como prevê a Resolução 466/12 (BRASIL, 2013), que regulamenta a pesquisa que envolve seres humanos e exige respeito à dignidade humana, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres dos(as) participantes da pesquisa.

Também foi observada a Resolução CNS 510/2016:

Art. 1º. Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou

que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução (BRASIL, 2016, p. 1).

A entrada no campo de pesquisa aconteceu após o projeto ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob o parecer 4.836.956 e CAAE 48146821.4.0000.0055.

As participantes assinaram TCLE (APÊNDICE A), no qual constava informações sobre os objetivos do estudo, método, ausência de riscos e benefícios e o respeito a sua privacidade, sendo garantida a liberdade de retirarem-se da pesquisa em qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo e ou penalidade a sua pessoa.

O TCLE foi lido cuidadosamente pela pesquisadora para cada participante, após contato prévio por meio da ferramenta digital *WhatsApp*® e contato telefônico para agendamento de visita. Teve-se em observância os cuidados protetivos em decorrência da pandemia pela Covid-19, como descrito no item 4.5 - Etapa III deste estudo.

Para manter o sigilo e anonimato das participantes do estudo, adotou-se como estratégia a palavra participante representada pela letra (P) seguida da ordem numérica (1 a 10) correspondente à ordem de realização da entrevista, sendo apresentado no estudo da seguinte maneira: *Participante 1 (P1)* a *Participante 10 (P10)*, na totalidade das pessoas entrevistadas na pesquisa.

## 5.5. INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Imergir e se deixar penetrar pela abordagem de pesquisa qualitativa é abrir a possibilidade de recorrer a diferentes estratégias para obtenção de informações e, como destacam Igea *et al.* (1995), uma ampliação de alcance para se realizar comparações entre os diversos instrumentos ou elementos. Neste estudo, foram adotados três instrumentos que se imbricaram no processo de coleta de dados:

**1º. Instrumento** – consistiu de um questionário sociodemográfico e de saúde (APÊNDICE C).

Este instrumento foi aplicado nas residências das participantes, após agendamento prévio por meio da ferramenta digital *WhatsApp*® e contato telefônico. O espaço à sua realização teve em observância um local da residência ventilado, com pouco ruído e circulação de pessoas, objetivando a medida protetiva contra a Covid-19 e o recurso de gravador de voz no aparelho celular *Smartphone*. Esta condução foi aceita e proporcionada pelas participantes.

Este momento do estudo teve em média duração de 30 minutos com cada participante. Seguiu-se da realização da entrevista semiestruturada, por solicitação das participantes. Tal solicitação ancorou-se na preocupação de diminuir contato humano na observância da pandemia referente a manter o isolamento social como medida protetiva. À época, os dados epidemiológicos no município de realização do estudo para a Covid-19 estavam elevados e a taxa de internamento na Unidade de Terapia Intensiva do hospital referência de Jequié, BA, encontrava-se em 85% (dados cedidos pelo próprio Hospital, oriundo dos registros de controle epidemiológico).

Consciosas da problemática no município e atentas para resguardar a vida humana, destaca-se o princípio da não maleficência, ou seja, de não expor aos riscos de contaminação ao vírus. Prontamente a solicitação foi acolhida, sobretudo, porque estava-se diante de pessoas do grupo de maior vulnerabilidade à Covid-19 – pessoas na maioria idosa e com DCNT.

Como dito anteriormente, o tempo de realização da entrevista foi de aproximadamente 30 minutos. O somatório geral entre a realização da leitura do TCLE, do questionário e da entrevista foi de aproximadamente 60 minutos.

Cumpru-se destacar o cuidado em o período do encontro não se tornar um momento de cansaço e tensão às participantes. Para tanto, entre um instrumento e outro uma pausa seguia-se de modo a conferir leveza à pesquisa diante das perguntas, respostas e da necessidade de interrupção sinalizada pelas participantes. Tratou-se de uma atenção necessária ao respeito às singularidades do humano. Ainda, é importante dar ênfase ao que no TCLE é solicitado, quando se solicita informar o tempo de realização da pesquisa. Disto, uma experiência vivenciada que demonstra que o/a pesquisador(a) tenha em seu plano de trabalho de campo este cuidado.

**2º. Instrumento** – a entrevista, descrita anteriormente sua realização no processo de imbricamento a outras ferramentas. Esta foi conduzida a explorar de que maneira as mulheres vem lidando com os processos de vulnerabilização a partir do diagnóstico de doenças crônicas, a inserção no Niefam e com as relações étnicas e raciais (APÊNDICE D).

Como descrito anteriormente, a entrevista foi realizada após a aplicação do questionário sociodemográfico e de saúde, na observância de que havia as condições físicas e emocionais para as participantes darem continuidade ao processo, uma vez que algumas perguntas poderiam suscitar sentimentos que trouxessem à tona fatos relacionados a traumas de origem racial, intolerância religiosa, opressão do gênero e sofrimento psíquico, condizentes ao ‘disparo’ para a sensação de desconforto e angústia.

Assim como no questionário, a entrevista foi gravada para que não se perdesse a valorosa riqueza das falas e sua importância em significado e significância ao objeto perseguido. Trata-se de um entendimento que se apoia em Triviños (2009), quando o autor enuncia que no enfoque qualitativo a entrevista é resultante não só da teoria que alimenta a ação do investigador, ela é também a resultante de toda a informação que ele recolheu sobre o fenômeno que lhe instiga.

Ressalta-se que houve momentos em que a gravação foi pausada em decorrência de expressões emotivas como choro, silêncio e introspecção, e também por ruídos externos de elevado grau sonoro como barulho de carro, de britadeira de construção, entre outros. A literatura no âmbito metodológico é profícua em alertar o(a) pesquisador(a) de campo sobre a interferência de ruídos na sua prática de coleta de dados, salientando o cuidado para que tal ocorrência não impacte a escuta da gravação na sua transcrição e que dados não sejam perdidos em decorrência de ruídos, como salientam Rojas (1999) e Patton (1990) a respeito dos cuidados necessários durante o processo de coleta de dados.

A entrevista se assentou no entendimento de que pesquisadora e participante – duas pessoas com historicidade de vida –, se encontram para um diálogo de forma respeitosa e ambas conscientes de sua importância. Tratou-se de um momento de aceitação e confiança, e como nos ensina Flick (2009), teve em foco que entrevistadora e entrevistada reconhecem seu papel. A entrevistadora, alinhada aos propósitos da pesquisa, buscou aprofundar os saberes sobre o tema pesquisado: para tanto, necessário se fez empreender um diálogo proximal aos saberes da participante, ir construindo pontes na amarração das narrativas de modo à compreensão em profundidade do que estava sendo narrado.

Este momento do estudo foi um processo de aprendizado de significativo valor, pois a entrevistadora, à medida que realizava as entrevistas, ia se avolumando de novos saberes e da significância de que o campo se releva em muito mais desafios do que a teoria se apresenta, o que nos faz despir de certezas. Por vezes, era necessário um chamamento do eu interior para um “sair de mim” dos valores que trazemos em nossos modelos mentais, para deixar ver-exergar e perscrutar o outro, ou seja, a participante entrevistada. Por outras palavras, o se reconstruir desconstruindo para a compreensão do fenômeno em estudo.

Ao final do processo da pesquisa de campo, a pesquisadora despedia-se seguindo os protocolos de distanciamento e ao se ausentar das residências, imediatamente procurava um ambiente para realizar o registro de suas impressões a partir da memória recente em seu diário de campo.

**3º. Instrumento** – consistiu no diário de campo. Tratou-se de uma ferramenta de riqueza singular à pesquisa, uma vez que, por meio deste, foi possível o registro da memória recente referente às impressões do campo, nomeadamente a comunicação não verbal expressa pelas participantes durante a entrevista (APÊNDICE E).

Sobre isto, é importante destacar a necessidade de conhecimento sobre como o ser humano se comunica através do corpo, ou seja, como o corpo fala. A esse respeito, os saberes sobre paralinguagem, cinésica e proxêmica regeram as observações da comunicação não verbal, para a qual se buscou apoio nos saberes de estudiosos como Ray L. Birdwhistell (apud WALLACE, 1994). Ainda, a esse propósito, é salutar destacar a formação profissional da pesquisadora em Psicologia, o que, por vezes, foi de grande valia na capacidade de observação sobre a comunicação não verbal; entretanto, ser pessoa ‘talhada’ para escuta sensível fez com que na pesquisa tivesse todo o tempo que driblar a psicóloga dentro de si, para deixar a pesquisadora agir de modo a causar pouca interferência na pesquisa, na compreensão de que já causamos interferência no campo, porque somos também corpo em observação pelo(a) participante. Ou seja, não se pode colocar a observação entre parênteses; em pesquisa qualitativa, influenciados e somos influenciados pelo outro (VYGOTSKY, 1934/2001).

Desse modo, imediatamente ao término da entrevista, usando do recurso da memória recente, procurava um ambiente calmo, muitas vezes ainda no percurso de retorno à residência, como o ponto de ônibus, e, ali, sensivelmente, com a caneta em punho, realizava as anotações do que a percepção humanizada permitira observar. Disso, o imbricamento entre os saberes sobre o corpo falante ou expressivo e a entrevista, bem como ao aprofundamento da temática investigativa.

## 5.6 ETAPAS DA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada segundo delineamento abaixo:

**Etapa I** - Deu-se através do contato com as participantes da pesquisa, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisas/UESB, para a formalização do convite e anuência à pesquisa.

**Etapa II** - foi aplicado o questionário semiestruturado (APÊNDICE C) às participantes, sendo lida cada pergunta, seguido de anotação das respostas no instrumento em foco. Também se usou do recurso da gravação em atenção às questões abertas. Ao

término desta atividade, a pesquisadora conduzia o diálogo para saber se a participante desejava continuar para a etapa seguinte da pesquisa ou se encontrava-se cansada para prosseguir.

Quando da resposta para continuar, passava-se para a entrevista imediatamente. Se a resposta fosse “cansada”, era agendado outro encontro para o prosseguimento da pesquisa. Entretanto, não houve necessidade de novos agendamentos, a totalidade das participantes respondeu desejar continuar com a coleta de dados após a aplicação do questionário. Essa resposta teve ligação direta à situação pandêmica pela Covid-19. Assim, uma ação protetiva ao contato com outras pessoas. As participantes, por serem cadastradas no Niefam, tinham um repertório de saberes-fazeres referentes aos cuidados à saúde, disto entende-se a sua tomada de decisão referente a prosseguir no estudo para a etapa da entrevista.

**Etapas III** – a entrevista (APÊNDICE D) seguiu-se ao questionário e, a exemplo da realização do questionário, se desenvolveu segundo elaboração de um roteiro de campo, de ação protetiva à Covid-19, como descrito a seguir:

- Realizada no domicílio da participante em local aberto e arejado, em observância ao protocolo de distanciamento social em decorrência da pandemia pela Covid-19, instituído pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS) do Brasil.
  - Com distanciamento de 1,5m.
  - Uso de máscara N95 pela pesquisadora, máscara facial, álcool em gel a 70%.
  - Uso de máscara N95 ou duas cirúrgicas ou uma cirúrgica sob outra de tecido pela participante, álcool em gel a 70%.
  - Comprovação do estado vacinal para Covid-19 da participante, de pelo menos duas doses, assim como da pesquisadora.
  - Checado o protocolo, foi solicitada autorização para a gravação de voz, através do *Smartphone* LG (gravador) – este aparelho foi colocado dentro de um saco plástico, a distância média da participante de 75cm, de modo a captar o registro da fala durante a gravação.
  - O tempo de realização do questionário e da entrevista foi de aproximadamente 60 minutos para cada participante.

- Ao término deste momento de coleta de dados, todo o material foi retirado, higienizado com álcool em gel a 70% e a pesquisadora despedia-se da participante.

**Etapa IV** – tratou-se da transcrição das questões abertas do questionário e da entrevista, a qual ocorria imediatamente à realização da coleta dos dados no campo em um processo de emparelhamento com os registros do diário de campo de modo a trazer ao texto que estava sendo digitado, informações sobre a comunicação não verbal.

Este momento envolvia concentração à escuta e sensibilidade para captar as falas em sua essência, na entonação, pausas e repetições.

Esta fase da pesquisa foi laboriosa e exaustiva por requerer do ser pesquisadora o exercício de ser minuciosa e cuidadosamente atenta ao que estava gravado e sua transversalidade com o diário de campo, em um processo mental de idas e vindas entre escuta e digitação à compreensão do que estava no enunciado das participantes.

Entretanto, superior à exaustão mental foi em volume a efervescência dos saberes ao que se ia desvelando do caminhar no campo sobre a tênue relação entre aspectos étnico-raciais e o processo de vulnerabilização de mulheres com doenças crônicas no que se refere à sua saúde mental.

De tal modo, ao que Guerra (2014) nos coloca para atenção:

Assim como a técnica de entrevista, a observação exige um contato face a face do pesquisador com o seu objeto de estudo. Da mesma forma que ocorre com as entrevistas, no caso da observação, não será o número de observações realizadas que define a credibilidade dos dados de uma pesquisa, mas sim a profundidade e a amplitude alcançadas ao longo do processo de coleta de dados (p. 28).

Deste caminhar, ao transversalizar os dados, seguia-se a pré-análise, em um processo guiado pelo referencial de Miles e Huberman (1984), por tratar-se de uma trajetória que deve ser dinâmica, cíclica e compreensivo-interpretativa, ampliando, assim, as possibilidades em expandir o repertório de saberes às entrevistas subsequentes, em um trabalho contínuo de coleta - transcrição - pré-análise - análise.

Assim se desenvolveu o trabalho de campo, no qual se redesenhava no *continuum* a análise à configuração das categorias e subcategorias.

Necessário se faz contextualizar o caminhar a este alcance, que se seguiu por sinuosidades entre dificuldades e facilidades, delineado no item 5.6.1.



### 5.6.1 O contexto do caminhar ao desvelamento dos dados - dificuldades e facilidades

Como já descrito anteriormente, foram necessárias estratégias para a entrada no campo devido ao cenário pandêmico no período de realização de coleta de dados, que se deu entre os meses de dezembro de 2021 a abril de 2022. De todo modo, é relevante pontuar algumas dificuldades encontradas, bem como facilidades identificadas.

- **Dificuldades**

Relacionadas à ausência de transporte coletivo para locomoção da pesquisadora às localidades de visitação para coleta de dados no horário agendado com as participantes; deslocamento prejudicado às moradias de regiões periféricas, devido ao período de chuvas intensas e enchentes no município cenário da pesquisa; reforma em uma das residências, na qual o barulho ocasionado por profissionais como pedreiros dificultava significativamente a condução da coleta de dados; interrupções frequentes por membros familiares interferindo na concentração e no desenvolvimento do raciocínio da participante para responder tanto ao questionário quanto a entrevista. As duas últimas dificuldades foram sentidas em uma das ocasiões deste estudo. Outro aspecto relevante, ainda no caso em pauta, foi a perda acidental de gravação no aparelho de *Smartphone*, de modo que houve a necessidade de novo agendamento à coleta de dados de uma participante. A vivência de tal experiência serviu para aguçar a atenção da pesquisadora no campo, tendo-se em evidência de que a realização de estudo de abordagem qualitativa exige o reconhecimento de estar-se exposto a vicissitudes que podem impactar no desenho do trabalho de campo e para o qual é preciso estar atenta(o) a mudanças necessárias ao alcance do objetivo perseguido na pesquisa.

A partir desses acontecimentos foram redobrados os cuidados, nomeadamente quanto à gravação e a necessária observância sobre as condições do ambiente para a coleta de dados com o uso de gravador de voz.

Outras dificuldades diretamente relacionadas à pandemia ainda se fizeram presentes, concernente ao reagendamento de entrevistas: duas participantes, P5 e P8, foram infectadas pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2); a P4 apresentou sintomas gripais, o que exigiu aguardar resultado negativado do teste para Covid-19; a pesquisadora também apresentou sintomas, como sensação de pigarro na garganta, que exigia igualmente a realização do teste

para Covid-19 e o aguardo do resultado negativo ou isolamento pelo período necessário, segundo recomendações sanitárias. Estes acontecimentos influenciaram no tempo de coleta de dados.

Um outro elemento, que não se enquadra exatamente como uma dificuldade, porém, de relevância, foi o fato de o marido de uma das participantes demonstrar desconfiança em relação à presença da pesquisadora em sua residência quando da leitura do TCLE; após o consentimento da participante e aplicação do questionário sociodemográfico seguido de entrevista, houve alguns questionamentos deste a respeito da pesquisa, sobre a instituição de ensino, e a principal indagação deu-se na seguinte pergunta: “você trabalha para o governo?” A desconfiança pode ter surgido hipoteticamente devido à investigação socioeconômica do questionário, que abrange a renda familiar e a renda individual das participantes da pesquisa. A compreensão obtida sobre esse acontecimento está em uma crença popular de ‘extermínio’ da população idosa para diminuir o número de aposentadorias, parte do imaginário coletivo de descrédito das autoridades no âmbito governamental, que possam se utilizar dessa coleta de dados; exemplo disto foi muito difundido na mídia televisiva referente ao censo demográfico do Brasil realizado em 2022.

Esse acontecimento tem relação estreita às políticas de atenção humana que se nos apercebe necessitam de ações mais abrangentes no intuito de diminuir a vulnerabilidade social, uma vez que no olhar para a faixa etária idosa do Brasil, esta apresenta, entre outros riscos, o de deficiências e doenças crônicas. A população idosa, em específico as mulheres, muitas vezes moram sozinhas e não tem nenhuma perspectiva de renda fixa e/ou mesmo não possuem renda suficiente. Diante de tais fatores, a fragilidade econômica acarreta de forma significativa déficit à moradia adequada, alimentos nutritivos e, acima de tudo, cuidados com a saúde (WHO, 2005), fatores que conduzem a uma compreensão de certa forma da atitude comportamental do familiar da P6.

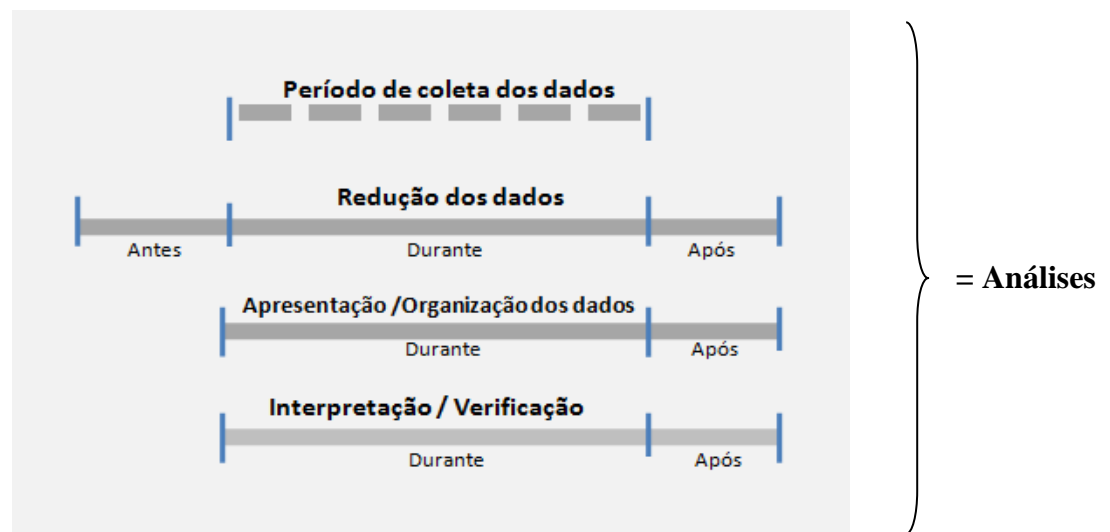
#### ▪ **Facilidades**

A aceitação à pesquisa pelas participantes durante período de enfrentamento pela pandemia da Covid-19 precisa ser destacada, bem como a disponibilidade favorável de tempo pelas participantes à realização da coleta de dados, a satisfação para relatar suas histórias, cooperando com a pesquisa e, mais do que isso, exporem seus enfrentamentos cotidianos com as DCNT.

## 5.7. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram analisados através de análise de conteúdo, ancorados nos saberes de Miles e Huberman (1984), que enunciam se tratar de um processo iterativo que consiste em três fluxos de atividades concorrentes: a redução dos dados; a sua apresentação; a interpretação/verificação das conclusões, conforme Figura 1.

**Figura 1.** Modelo iterativo de análise de dados.



**Fonte:** Miles e Huberman (1984, p. 24).

- **A redução dos dados** é definida como um processo de seleção, de centração, de simplificação, de abstração e de transformação do material compilado. Trata-se de um processo contínuo que se inicia do momento em que é determinado o campo de observação até à fase em que se decide aplicar um sistema de codificação e proceder a resumos. Ocorre em três fases 1) antes da coleta de dados - *redução antecipada*; 2) durante a coleta de dados – *redução concomitante* e 3) após a coleta de dados – *redução a posteriori* - tratar, apresentar e interpretar/verificar os dados (MILES; HUBERMAN, 1984, 1994).

A redução antecipada ocorreu como um processo em contínuo fazer-se, em destaque a sustentação da dissertação. Ao que se apresenta, uma revisão de literatura foi empreendida no intuito do desvelamento sobre o enfrentamento da DCNT entrelaçada à vulnerabilidade ao risco à saúde mental, e também a questões de natureza étnica e racial, ainda que sejam questões muito complexas para uma pesquisa de dissertação de mestrado, aqui considerando o período de estudo de

dois anos. Entretanto, estão elencadas em categorias fortemente encontradas no contexto do lócus de pesquisa. Também o referencial teórico de sustentação para a condução do pensamento na análise compreensiva de cada passo empreendido. Assim, dos muitos e valiosos estudos e teóricos(as) nesta pesquisa, foram apresentados alguns destes que, por convergência e aderência, compõem o arcabouço para a compreensão do fenômeno estudado.

- **A redução concomitante** ocorreu durante todo o processo, desde a confecção do projeto, o trabalho de campo, no redesenho da trajetória metodológica, na realização dos questionários e das entrevistas, na configuração das dimensões das categorias e subcategorias que emergiam e se moviam à medida que novas entradas de falas iam sendo apresentadas ao texto – um processo mental e digital de concentração e análises.
- **A redução a posteriori** – os dados que foram coletados e pré-analisados, passaram por um processo de análise em profundidade para o delineamento das categorias e subcategorias de análise e discussão dos dados. Tratou-se de uma fase de imersão ao dito e não dito; ao que se encontrava nas entrelinhas ao alcance das unidades temáticas, estas convergiram em quatro categorias e suas ramificações em seis subcategorias, as quais se encontram descritas no Quadro 1.
- **A organização e a apresentação dos dados** reclamam numerosas aplicações que giram em torno do conceito de tratamento de dados que permitirão tirar conclusões e tomar decisões (MILES; HUBERMAN, 1984, 1994). Trata-se de colocar em ênfase a capacidade de organização, sistematização e síntese para demonstrar de forma clara como os dados oriundos do campo se apresentam na pesquisa.

A este direcionamento, neste estudo, os dados estão apresentados no Quadro 1, oriundo de um processo organizativo que emergiu da capacidade de atração em que as categorias e subcategorias foram se constituindo e constituindo suas unidades temáticas em nominação de confluência com o que foi enunciado pelas participantes a partir dos instrumentos de coleta de dados. Mostra-se, então, como um recurso visual que possibilita uma consulta rápida de como o trabalho de campo se apresenta para sua análise e discussão dos dados e às considerações finais, na tecitura deste estudo. Nisto, está o que Miles e Huberman (1984, 1994) salientam sobre o aperfeiçoamento da análise em pesquisa qualitativa.

**Quadro 1.** Delineamento das categorias e subcategorias emergidas da organização dos dados.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
CATEGORIA 1: Minha cor, nossa nação e o lugar que nos situamos.	Subcategoria 1: A cor da minha pele, minha nação.
	Subcategoria 2: A mestiçagem de raças: refletindo as características da cor da pele.
	Subcategoria 3: Minha cor preta: desafios humano-social ante a discriminação racial.  <i>Subeixo 1:</i> Como eu percebo o preconceito étnico-racial.
CATEGORIA 2: A mulher: seus desafios no sexismo de gênero.	Subcategoria 1: Ser mulher versus preconceito de gênero.  <i>Subeixo 1:</i> A maturidade como característica identitária do gênero.
	Subcategoria 2: A mulher não pode e o homem pode? Percepções sexistas de gênero.  <i>Subeixo 1:</i> Desafios de ser mulher-mãe em uma sociedade sexista.  <i>Subeixo 2:</i> Os desafios impostos pelo sexismo encontram a frente à força da mulher.
	Subcategoria 3: A (re)construção cotidiana do ser mulher, resistência e resiliência.
	CATEGORIA 3: As condições de ser mulher e as vicissitudes entre a vulnerabilidade psicofísica e os desafios à integralidade de atenção no Sistema de Saúde.
CATEGORIA 4: A etnicidade expressa na religião, um espaço de encontro.	

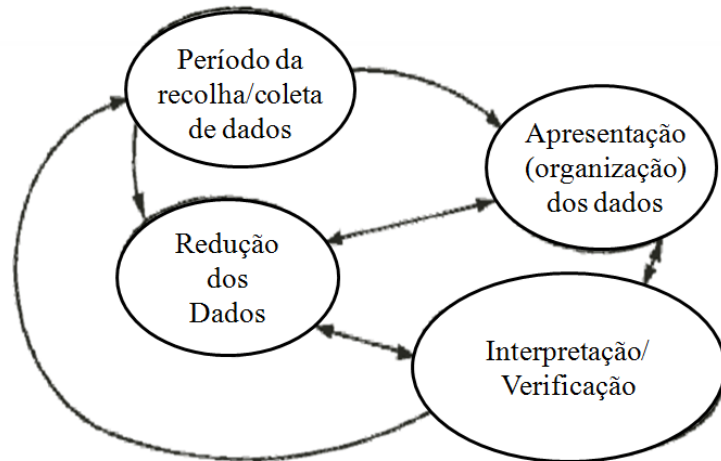
Fonte: elaboração própria.

- **A interpretação e a verificação das conclusões**, para Miles e Huberman (1984, 1994), trata-se de extrair significados a partir de uma apresentação-síntese dos dados – pondo em evidência ocorrências regulares, esquemas, explicações, configurações possíveis, tendências causais e proposições.

Seguindo o percurso tomado à luz dos autores supracitados, os resultados da pesquisa apresentam a dimensão dos dados oriundos do campo, em seu aprofundamento no diálogo com o referencial teórico e a revisão de literatura. Alicerçam-se ao conhecimento sobre a temática investigada, disto sua contribuição à credibilidade da investigação, diante da complexidade do tema que envolve a questão problema da pesquisa no imbricamento com as relações étnico-raciais, vulnerabilidades de mulheres adulto-idosas negras e doenças crônicas em interseccionalidade com a saúde mental.

Todo este processo seguiu em movimento cíclico de idas e vindas ancorados no referencial metodológico adotado, que, em um esquema imagético (Figura 2), representa sinteticamente o percurso metodológico da pesquisa.

**Figura2** - Componentes do Modelo Interativos de Análise de Dados.



**Fonte:** Miles e Huberman (1994, p. 12). (Tradução nossa)

À luz do imbricamento em circularidade deste modelo interativo, apresentamos a seguir a análise e discussão dos dados do estudo.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

*Racismo? No Brasil? Quem foi que disse? Isso é coisa de americano. Aqui não tem diferença porque todo mundo é brasileiro acima de tudo, graças a Deus. Preto aqui é bem tratado, tem o mesmo direito que a gente tem. Tanto é que, quando se esforça, ele sobe na vida como qualquer um. Conheço um que é médico; educadíssimo, culto, elegante e com umas feições tão finas ... Nem parece preto.*  
(LÉLIA GONZALEZ, 2020, p. 226).

Alcançar esta etapa do estudo se reverteu em um dos momentos de gratidão à vida pela oportunidade de desvelar tantos saberes, tanto empoderamento humano, tanta sensibilidade, luta e resistência de mulheres que, como as responsáveis por este constructo, dia a dia se faz e refaz no seu *ser*, de ser um *ser*, intercruzado por vicissitudes que coloca em risco a dignidade enquanto pessoa humana de direitos e deveres, mas que em respeito a *si* expande o ser-estar e existir social coletivamente em uma sociedade ainda de olhares verticalizados para a mulher.

Adentrar com estas breves linhas é antes de tudo considerar o que estudiosas(os) das ciências sociais e humanas fazem iluminar quando acendem o foco sobre o respeito a toda a diversidade humana e às potencialidades da mulher.

A compreensão do fenômeno estudado sobre quem são as participantes deste estudo, como elas se sentem perante o SUS no acesso às UBS do município cenário desta pesquisa e sua relação com o Niefam, em sendo pessoas com DCNT transversalizadas por questões que afetam a saúde mental, e marcada muitas vezes por atitudes humanas excludentes na práxis das políticas públicas, nomeadamente, no âmbito da saúde humana e social que, inversamente ao direito constitucional, tomam via oposta às práticas de igualdade sócio racial, étnica e de diversidade humana.

A partir disto, adentraremos na caracterização sociodemográfica de quem são essas mulheres que, de suas histórias, nos fazem aprender, para difundí-las aos saberes-fazeres da ciência e da tecnologia cuidativa.

## 6.1 O OLHAR QUE QUER VER E ENXERGAR A MULHER COMO ELA NOS CONTA: PASSEIOS SOBRE OS DADOS SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE

A amostra foi constituída por dez (10) participantes, de idades compreendidas entre 59 a 77 anos, mediana 70,1 anos. A maioria é natural do estado da Bahia, de regiões que abrangem do recôncavo ao sudoeste baiano, respectivamente, as cidades de Castro Alves, Jaguaquara e Jequié-BA. Uma delas com naturalidade na cidade de Santa Tereza-ES. O estado civil se iguala entre 4 (quatro) viúvas e 4 (quatro) casadas; a esse respeito, foi observado que a viuvez possui influência na representação do empoderamento feminino e da resiliência humana dessas mulheres, visto que, ao serem percebidas as desigualdades de gênero e de sexismo ainda dentro da relação marital, houve busca pela ascensão de classe e de gênero por parte dessas mulheres, ou seja, a melhoria da qualidade de vida, autonomia e independência foram colocadas por elas como ressurgimento de *si* enquanto mulher. Nicodemo e Godoi (2010), em seus estudos sobre a juventude das décadas de 60 e 70, afirmam que a mulher que se reconhecia em estado de submissão perante a autoridade familiar recebendo tratamento rígido por parte do sexo oposto e exposta à submissão social e política recusa-se a continuar a ser submissa e enunciou o seu “grito de liberdade”. Tal independência apresenta-se atualmente por meio do rompimento de padrões engessados e novas possibilidades do *ser* mulher se inserir na sociedade, seja ela jovem, adulta ou idosa, por exemplo, esta última, diante de uma escolha: aprimorar-se nas vivências da identidade de avó ou, posteriormente à viuvez, envolver-se em novo relacionamento afetivo, projetos sociais, educacionais e políticos.

Dentre as participantes, 7 (sete) são de pele negra e de traços negros e 2 (duas) são de pele branca e traços europeus; no entanto, os resultados de autodeclaração de etnia/raça indicaram 4 (quatro) parda/marrom, 3 (três) branca, 2 (duas) preta/negra, e 1 (uma) amarela. Porém, o sentimento de pertencimento étnico-racial foi de 5 (cinco) branca, 4 (quatro) negra e 1 (uma) indígena. A autodeclaração, segundo Brasil (2017, p. 9): “remete à percepção de cada um em relação à sua raça/etnia, o que implica considerar não somente seus traços físicos, mas também a origem étnico-racial, aspectos socioculturais e construção subjetiva do sujeito”. Compreendemos que a maioria das mulheres que se autodeclararam pardas, de acordo com Madeira e Gomes (2018), ilustram o “fenômeno da pardalização”, que ocorre quando a pessoa de pele ou traços negros não se reconhece em sua identidade e, ao não se reconhecer, torna-se o “indefinido”, pois também não é de etnia/raça branca.



Nesse sentido, Schwarcz (2012), ressalta que o tema raça torna-se ainda mais de difícil compreensão quando não existem regras definidas ou padrões de descendência biológica aceitas mediante consenso no país. Para a autora, determinar no Brasil uma “linha de cor” é uma ação arriscada, pois ela tem a capacidade de variação conforme a condição social, o local e situação da pessoa. A autora ainda ressalta que, não apenas o dinheiro e determinadas posições importantes embranquecem, todavia a “raça”, modificada na concepção de “cor”, passa a ser uma condição relativa e provisória.

Nos aspectos religiosos, duas doutrinas foram predominantes: 8 (oito) cristã/católica e 2 (duas) cristã/protestante. Sendo que as 10 (dez) participantes praticantes na religião citada por tempos que variam em torno de 10, 20 e 30 anos ou mesmo desde a infância. A crença foi colocada como fator primordial na vida destas mulheres, tal como algumas colocaram o seu entendimento sobre o racismo de acordo com o seu ponto de vista religioso de que para Deus, todos somos iguais. Ao analisarmos tais discursos, retomamos Nascimento (2016) que coloca que a igreja católica contribuiu com forte influência para a propagação do mito de *democracia racial*, e o seu papel foi crucial na ideologia e sustentação central de instituição escravocrata. Tal influência ainda é reproduzida em discursos contemporâneos de igualdade racial diante das relações étnicas em meio ao capitalismo brutal.

Em termos de ocupação, 8 (oito) são aposentadas e 1 (uma) em percentual igual entre costureira autônoma e empregada doméstica sem registro na CTPS. No histórico de profissões, algumas correspondem ao mesmo percentual de 2 (duas) costureira autônoma, empregada doméstica sem registro CTPS e professora do Ensino Fundamental, e com o percentual de 1 (uma) igual, lavradora, do lar, serviços gerais e auxiliar de cozinha. Demais profissões, inclusive de professora do Ensino Fundamental, revelam o retrato da desigualdade de oportunidades e de ausência da equidade na sociedade brasileira. Carneiro (2019) discute que o maior número da população negra brasileira encontra-se restrito às ocupações manuais, principalmente na prestação de serviços e na agropecuária. No entanto, as probabilidades de ocorrer uma mudança estrutural nesse sentido são desanimadoras, prevendo os prejuízos iniciais da população negra, relacionados ao nível de instrução e agrupados aos mecanismos de discriminação racial instituídos na sociedade, que operam a todo o tempo no mercado de trabalho (CARNEIRO, 2019).

Economicamente, a pesquisa apontou que a renda individual dessas mulheres foi de 1 salário mínimo para 9 (nove) e apenas 1 (uma) possui renda de 2 a 4 salários. A renda familiar foi de 1 a 2 salários para 8 (oito) e de 3 a 5 salários para 2 (duas). Houve conformidade entre o maior número de mulheres serem aposentadas e a renda mínima ser de 1 salário mínimo,

respectivamente. Conforme os dados coletados nesta pesquisa, em relação à renda das mulheres, podemos concluir, em uma análise estrutural, que as estruturas do capitalismo apoiam-se no racismo e, desse modo, a desigualdade racial é um fator que constitui as relações comerciais e de classe: entretanto, a modernização da economia e sua ampliação são capazes de representar adaptação dos parâmetros raciais a inovações sucessivas do capitalismo. Ou seja, para reconstruir o capitalismo é necessário incessantemente restaurar o racismo (ALMEIDA, 2020, p. 184).

Quanto ao nível de escolaridade, 9 (nove) têm baixa escolaridade e até mesmo 1 (uma) refere ser analfabeta e 1 (uma) informou ser alfabetizada sem ter escolarização. Destas, apenas 1 (uma) possui ensino superior incompleto. Segundo Carneiro (2019, p. 20): “em síntese, quase 90% das mulheres negras brasileiras só chegam a atingir até 4 anos de instrução, comparando-se com 69,8% de mulheres brancas e 51% de amarelas”. Ou seja, o histórico nacional denuncia uma grande desigualdade sociorracial em nosso país. É válido ressaltar que estas mulheres, por estarem inseridas no Niefam, tiveram a oportunidade de alfabetizar-se através do projeto Educação de Jovens e Adultos - EJA e o objetivo do núcleo ao promover/incentivar essa formação foi, segundo Silva *et al.* (2020):

“[...] intercambiarmos alfabetização funcional aos cuidados de saúde das pessoas idosas [o que] possibilita evitar reações adversas por uso de poli fármacos às multivariadas de complicações que estão expostas pela falta do letramento” (p.03).

Deste modo, todas as mulheres assinaram o próprio nome, porém, uma (P1) é alfabetizada sem escolarização e, em sua fala, pediu para realizar a tentativa de assinar o TCLE e negou-se a usar a tinta de carimbo para coleta da digital.

A única mulher com nível superior, ainda que incompleto, dentre as 10 mulheres entrevistadas é de etnia/raça branca e se autodeclara como branca.

Havendo nas relações étnicas inúmeras questões que envolvem a condição de mulher branca letrada e a condição de mulher negra não letrada, destacamos que:

Se os níveis de educação são indicadores do potencial de cada grupo racial quanto à alocação na estrutura ocupacional, os dados apresentados sobre a situação educacional da mulher negra permitem antever suas perspectivas no mercado de trabalho, bem como as condições materiais de existência a que se acha submetida (CARNEIRO, 2019, p. 20).

Em complemento aos níveis de escolaridade de mulheres, em específico de mulheres negras, em uma exposição condizente com o retrato nacional da população negra no país relacionada à ocupação, o histórico de profissões e a renda destas mulheres adulto-idosas em enfrentamento de DCNT corroboram o contexto como provável cenário. Em relação à

coabitação domiciliar, 4 (quatro) moram com o(s) filho(s), 2 (duas) moram sozinhas, 1 (uma) mora com cônjuge e 3 (três) moram com cônjuge e filho(s). Quanto ao tipo de casa e serviços públicos, 8 (oito) moram em casa térrea e 2 (duas) moram em apartamento com um andar. Todas as residências (10) têm energia elétrica, abastecimento de água, sistema de esgotamento sanitário e coleta de lixo pelo sistema público. Destaca-se que no município o esgotamento sanitário atende a 80,5% das residências e o abastecimento de água atende 91,02% da população (IAS, 2020).

Em sequência, observamos que o Brasil, segundo Alves, Leite e Machado. (2010), encontra-se entre os países com maior grau de desigualdade social do mundo, pesquisas que utilizaram dados da PNAD advertiram que a habilidade funcional dos idosos sofre fortemente influências de sua situação socioeconômica. Portanto, é esperado que as pessoas que moram em áreas com condições socioeconômicas mais favoráveis tenham maior acesso aos serviços médicos e bens sociais e, em decorrência, possuam capacidade de manter qualidade de vida e saúde e, conseqüentemente, capacidade funcional ao longo do tempo.

Quanto ao uso de tabaco, 10 (dez) têm histórico de tabagismo por 16 anos, 7 (sete) abandonaram o tabagismo por igual tempo de uso (16 anos) e 3 (três) consomem de 5 a 10 cigarros por dia. Em relação ao uso de bebida alcoólica, 7 (sete) possuem histórico de etilismo e 3 (três) mantêm o uso de forma esporádica. É válido salientar que certos hábitos de vida comprometem a saúde ou mesmo são responsáveis pelo agravamento de algumas doenças. Malta (2014) ratifica que as DCNT como doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias e câncer são responsáveis por grande número de mortes prematuras, assim como por prejuízos na qualidade de vida.

Deste modo, as DCNT, como citadas anteriormente, são responsáveis por 72% do índice de mortalidade em nosso país e predominam entre as pessoas de baixa renda, pelo fato destas estarem mais vulneráveis aos fatores de risco e, por consequência, possuírem menor acessibilidade aos serviços de saúde. Assim, o aumento impactante das DCNT mostra os nocivos efeitos da globalização, urbanização acelerada, sedentarismo, alimentação rica em calorias e da comercialização estimulante do uso do tabaco e do álcool. Por isso, para pensarmos uma prevenção eficaz das DCNT, serão necessárias medidas regulatórias do uso de tabaco, do álcool e de alimentos altamente calóricos, como também a criação de políticas públicas com a finalidade de proteção coletiva (BRASIL, 2011; MALTA, 2014).

Uma sumarização das informações sociodemográficas das participantes da pesquisa se apresenta na Tabela 1.

**Tabela 1** - Informações sociodemográficas das participantes. Jequié, BA, 2022.

Dados de Jequié – BA (n=10)		Frequência
Estado civil	Casada	4
	Viúva	4
	Solteira	2
Raça/Etnia	Parda	4
	Branca	3
	Preta	2
	Amarela	1
Pertencimento étnico-racial	Branca	5
	Negra	4
	Indígena	1
Religião	Cristã/católica	8
	Cristã/protestante	2
Praticante na religião	Sim	10
Há quanto tempo pratica a religião?	Há mais de 30anos	5
	Há mais de 20 anos	2
	Há mais de 10 anos	1
	Desde a infância	2
Profissão	Aposentada	8
	Costureira autônoma	1
	Empregada doméstica sem registro CTPS	1
Histórico de profissões	Costureira autônoma	2
	Empregada doméstica sem registro CTPS	2
	Professora do Ensino Fundamental	2
	Do lar	1
	Lavradora	1
	Serviços gerais	1
Auxiliar de cozinha	1	
Renda individual	1 salário mínimo	9
	2 a 4 salários mínimos	1
Renda familiar	1 a 2 salários mínimos	8
	3 a 5 salários mínimos	2
Nível de escolaridade	Ensino fundamental incompleto	4
	Ensino fundamental completo	3
	Ensino superior incompleto	1
	Analfabeta	1
	Alfabetizada sem ter escolarização.	1
Coabitação domiciliar	Mora com o(s) filho(s)	4
	Mora com cônjuge e filhos	3
	Mora com cônjuge	1
	Mora sozinha	2
Tipo de casa e serviços públicos	Mora em casa térrea	8
	Mora em apartamento com um andar	2
	Energia elétrica	10
	Abastecimento de água	10
	Sistema esgotamento sanitário	10
Coleta de lixo pelo sistema público	10	
Uso de tabaco	Com histórico de tabagismo por 16 anos	10
	Abandono do tabagismo por igual tempo de uso (16 anos)	7
	Consumem de 5 a 10 cigarros por dia	3
Uso de bebida alcoólica	Com histórico de etilismo	7
	Mantém o uso de forma esporádica	3

Fonte: elaboração própria.

No que tange às condições de saúde das participantes, em relação ao estado vacinal para a Covid-19, todas as 10 (dez) estão vacinadas, 7 (sete) tomaram as três doses e 3 (três) tomaram duas doses, estando prontamente com a terceira dose apazada de acordo com o calendário vacinal vigente no período. Todas as participantes com DCNT, sendo 5 (cinco) com HAS e DM2 associadas e 5 (cinco) restante apresentam HAS, DM2 e outras DCNT listadas na tabela 2. Todas fazem uso de tratamento com medicações alopáticas para as doenças em destaque.

**Tabela 2:** Apresentação dos componentes dos dados de saúde das participantes. Jequié, BA, 2022.

Dados de Jequié – BA (n=10)		Frequência
Estado vacinal para a COVID-19	Vacinadas	10
	1ª, 2ª, 3ª. dose	7
	1ª, 2ª. dose	3
DCNT	(HAS) e (DM2) associadas	5
	(DM2)	1
	(HAS)	1
	(DM2) e doença tireoidiana	1
	(HAS) e problemas respiratórios	1
Doença reumatológica (artrose)	1	
Tratamento para DCNT	Tratamento com medicações alopáticas	10
Prática de exercício físico	Prática	6
	Não prática	4
Frequência da prática de exercício físico	Prática 3 vezes ou mais por semana	4
	Prática 2 vezes por semana	1
	Prática 1 vez por semana	1
Estado de saúde física, mental e psicológica	Queixa relacionada à saúde mental e psicológica	4
	Queixa relacionada à saúde física	3
	Sentem-se bem relacionada a saúde física, mental e psicológica	3
Avaliação subjetiva da saúde atual	Boa	6
	Regular	4
Avaliação da saúde atual em comparação com um ano atrás	Igual	4
	Pior	4
	Melhor	2
Avaliação da saúde atual em comparação com a de outras pessoas da sua idade	Melhor	8
	Igual	2
Avaliação da saúde atual em comparação com a de outras pessoas de sua raça/etnia	Igual	5
	Melhor	4
	Pior	1
Avaliação do autocuidado com a saúde	Bom	8
	Regular	1
	Muito ruim	1
Atenção na UBS	Tem cadastro	10
	Frequente	9
	Não frequente	1
Dificuldade de acesso na UBS	Dificuldades no atendimento médico, marcação e realização de exames e diminuta acessibilidade às especialidades	7
	Não encontra dificuldades	3
Atendimento psicológico na UBS do SUS	Não tem acompanhamento psicológico	10
	Gostaria de ter acompanhamento psicológico	6
	Não soube responder	4
Na UBS os direitos à saúde são garantidos a todas as pessoas, não importando a cor, religião, se homem ou mulher, se criança ou pessoa idosa e a condição econômica?	Não percebeu diferenciação de tratamento pela equipe de saúde em relação aos aspectos investigados	9
	Percebeu diferenciação no tratamento pela equipe de saúde em relação à discriminação de classe	1
O sentimento de busca pelos serviços públicos de saúde	Não se sente bem ao procurar os serviços da UBS	6
	Sente-se bem ao procurar os serviços da UBS	3
	Não frequente	1
Discriminação étnico-racial	Descreveu o racismo em um entendimento religioso de que todos são iguais perante a Deus e que não há diferença de cor	7
	Descreveu o racismo diante da própria experiência sofrida	2
	Descreveu o racismo como um ato que acontece com pessoas brancas e pretas	1
Já sofreu discriminação/racismo	Nunca se sentiu discriminada	9
	Sofreu o racismo	1

Fonte: elaboração própria.

Em relação à prática de exercício físico, 6 (seis) são praticantes e 4 (quatro) não praticantes no momento de realização da coleta de dados, embora houvesse semanalmente a exibição de videoaulas no grupo de *WhatsApp*® do Niefam. Algumas idosas, devido a condição socioeconômica, não tiveram acesso aos meios digitais de comunicação, em consequência da não aquisição do aparelho de *Smartphone*, falta de conexão de *internet* ou mesmo dificuldades em seu manuseio. Fatores estes que serviram de impedimento à prática de exercícios físicos para algumas das participantes, no cenário pandêmico.

Diante disso, é válido ressaltar que os objetivos do núcleo como suporte, neste cenário, possibilitaram a seguinte metodologia:

[...] utilizaram-se vídeos-aulas educativas preparadas pela equipe de docentes, discentes e profissionais do serviço, diante das demandas de cuidado do grupo sobre o enfrentamento as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que consistiram em: (i) Proporcionar, através das tecnologias de informação e comunicação, atividades de educação em saúde; (ii) Práticas de atividade física regular semanal; (iii) Atendimento psicológico; (iv) Incremento dos trabalhos artesanais de pintura em tecido, crochê e vagonite; e (v) Estimular as competências adaptativas das pessoas, entendidas aqui como resiliência, em período de isolamento social em decorrência da COVID-19 (SILVA *et al.*, 2020, p. 121).

No entanto, a forma com que essas mulheres consideram a amplitude do comprometimento de seu estado de saúde e, de fato, estão vulneráveis e fragilizadas, não somente em relação à saúde física, mas também a saúde mental e psicológica, confirma-se veementemente quando 4 (quatro) delas relatam queixas direcionadas à saúde mental. Desse modo, observamos que a maioria compreende a saúde mediante o conceito que envolve o processo de produção social representando a qualidade de vida em coletividade, sendo esta qualidade compreendida como uma conjuntura de existência do ser humano em sua rotina satisfatória (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

A avaliação subjetiva que elas fazem de sua saúde de um modo geral, no momento atual, é de 6 (seis) que a consideram boa; como avaliam sua saúde hoje em comparação com um ano atrás temos o percentual análogo de 4 (quatro) igual e pior; como avaliam sua saúde em comparação com a de outras pessoas da sua idade é 8 (oito) melhor; como avaliam sua saúde em comparação com a de outras pessoas de sua raça/etnia é 4 (quatro) melhor e 5 (cinco) igual; como avaliam o cuidado que dedicam à sua saúde é 8 (oito) como bom. Temos uma autoavaliação realizada por estas mulheres que reconhecem, em sua maioria, no sentido amplo, que estão bem em relação à saúde e que, principalmente, se comparada à de outras pessoas de sua raça/etnia, estão em igual condição. Ou seja, estas mulheres desconhecem as formas particulares de adoecimento da população negra, ou mesmo compreendem que o acesso à interdisciplinaridade no campo da saúde através do Niefam as auxilia no atual bem-

estar alcançado na saúde física e mental ao longo do tempo em meio às relações étnicas e raciais, embora a UBS não disponha de serviços de saúde mental ofertados na saúde pública com objetivos de prevenção e promoção à saúde.

Apesar de Malta, Moura e Bernal (2015) destacarem que as doenças crônicas autorreferidas mais prevalentes foram percebidas nas pessoas de pele negra, comparando-se as pessoas de pele branca, mostra como necessário compreender o cuidado às especificidades provenientes da raça/etnia negra. Podemos considerar os resultados de autoavaliação das mulheres diante do elencado pelo Ministério da Saúde a respeito das doenças genéticas predominantes na população negra como fatores imprescindíveis a serem discutidos e desconstruídos com o objetivo de conscientização e educação em saúde, acima de tudo na efetivação de políticas públicas.

Embora todas as participantes sejam cadastradas em UBS do município de Jequié, 1 (uma) delas não frequenta por ter plano de saúde privado. A busca pelo atendimento se dá em 04 unidades de saúde, e 7 (sete) relataram ter dificuldades no atendimento médico, na marcação de consultas e, diante dos prazos muito longos para a realização dos exames, não conseguem realizá-los em tempo hábil para diagnóstico precoce de algumas doenças, além de haver muita aglomeração de pessoas nas UBS, fator que dificulta ainda mais o acesso aos serviços públicos ofertados.

Tanaka e Ribeiro (2009, p. 478) ressaltam que:

A atenção básica deve ser a porta de entrada preferencial do SUS e nível de atenção para atuação nas seguintes áreas estratégicas: eliminação da hanseníase, controle da tuberculose, controle da hipertensão e da diabetes mellitus, eliminação da desnutrição infantil, saúde da criança, mulher e idoso, saúde bucal e promoção da saúde. Com a posição estratégia no Sistema Único de Saúde (SUS) de **garantir a universalidade do acesso e a cobertura universal, cabe à atenção básica a efetivação de integralidade: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços (grifo nosso).**

Diante de tais princípios é válido ressaltar a fundamental importância da garantia dos direitos integrais à saúde. A pesquisa identificou que nenhuma das mulheres teve acesso a acompanhamento psicológico na rede pública de saúde do município, pois, não dispõem de atendimento específico em saúde mental, em se tratando do profissional da psicologia, havendo atendimento médico especializado em psiquiatria em uma entre as 4 UBS de cadastramento na população deste estudo. Destacando que o atendimento ocorre semestralmente, ou seja, duas vezes ao ano, segundo a P1, apenas o receituário médico fica na

unidade para recolha da medicação prescrita. Dessas mulheres, 60% gostaria que tivesse atendimento e 40% não opinaram sobre a temática.

Desse modo, o CFP (2013, p. 51) corrobora: “as ações preventivas em saúde no Brasil ainda são bastante limitadas e restritas a áreas específicas da saúde. Na Saúde Mental, as ações voltadas para a prevenção são bastante pontuais, tanto no Sistema Único de Saúde – SUS, como no Sistema de Saúde Suplementar”. Tendo em vista o desconhecimento a respeito da Constituição Brasileira e dos Princípios do SUS que garantem o acesso para todas as pessoas aos cuidados com a saúde, os aspectos socioculturais e políticos se destacam como operantes quando entendemos o nível de escolaridade e condições econômicas destas mulheres para reivindicar os seus direitos, embora a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, disponha de condições favoráveis para a proteção, promoção e recuperação da saúde (CFP, 2013).

Devido à carência no acesso aos serviços básicos de saúde em nosso país, o Ministério da Saúde entende a condição de vulnerabilidade e de injustiça que atinge a população negra, inclusive são citados alguns fatores relacionados à saúde e a cidadania, mas entre estes, a alta predominância de doenças crônicas e infecciosas. Ele também confirma que o racismo vivido pela população negra recai nesses indicadores de forma negativa, o que compromete o acesso aos serviços públicos de saúde dessa população, uma vez que a qualidade de saúde boa produz condições para a entrada das pessoas nas diversas esferas da sociedade de uma forma menos indigna (BRASIL, 2017).

Respectivamente, 9 (nove) participantes relataram que não perceberam diferenciação de tratamento pela equipe de saúde em relação aos aspectos investigados, que são os direitos garantidos à saúde de todas as pessoas, não importando a cor, religião, se homem ou mulher, se criança ou pessoa idosa e a condição econômica, e apenas 1 (uma) relatou perceber diferenciação no tratamento pela equipe de saúde em relação à discriminação de classe.

Para Almeida (2020, p. 185): “a divisão de classes, a divisão de grupos no interior das classes, o processo de individualização e os antagonismos sociais que caracterizam as contradições que formam a sociabilidade capitalista têm o racismo como veículo importantíssimo”. Portanto, uma questão não anula a outra, quando se trata de classismo e racismo. Quando uma mulher negra percebe a diferenciação no tratamento oferecido pela equipe de saúde nos serviços públicos de saúde, ela não apenas está lidando com o fator de não ser influente socialmente ou de sua condição econômica ser menos favorecida, mas também pela cor de sua pele servir como estereótipo de inferioridade.



Schwarcz (2012, p. 25) destaca:

Com efeito, em uma sociedade marcada historicamente pela desigualdade, pelo paternalismo das relações e pelo clientelismo, o racismo só se afirma na intimidade. É da ordem do privado, pois não se regula pela lei, não se afirma publicamente. No entanto, depende da esfera pública para a sua explicitação, numa complicada demonstração de etiqueta que mistura raça com educação e com posição social e econômica. **“Preto rico no Brasil é branco, assim como branco pobre é preto”**, diz o dito popular. Não se “preconceitua” um vereador negro, a menos que não se saiba que é um vereador; só se discrimina um estrangeiro igualmente negro enquanto sua condição estiver pouco especificada (grifo nosso).

No tocante às questões levantadas anteriormente, acerca do sentimento de busca das participantes pelos serviços públicos de saúde, foi enunciado que 6 (seis) não se sentem bem ao procurar os serviços de saúde devido à ausência de profissionais para o atendimento e muita demanda na UBS, 3 (três) se sentem bem ao procurar os serviços de saúde e 1 (uma) não frequenta. Ao tempo que afirmam não perceber diferenciação no atendimento por questões específicas relacionadas à etnia/raça, mas pela condição socioeconômica. O silenciamento e a ocultação em relação a algum tipo de violência social ou estrutural nesse sentido denunciam o não enfrentamento às estruturas racistas.

Uma das causas que opera fundamentalmente no campo da saúde é o racismo, como os diversos mecanismos e os recursos pelos quais essas causas influenciam a saúde, tem a capacidade de com o tempo modificarem-se. Logo, o racismo institucional e cultural é capaz de atingir desfavoravelmente a saúde mediante estereótipos, estigmas, preconceitos e discriminação racial. Tais proporções do racismo podem induzir a desigualdade na obtenção dos recursos econômicos entre outros de oportunidades na sociedade. É importante considerarmos que o racismo não é o principal determinante entre os mecanismos de constituição de desigualdade, mas sua existência como razão crucial na sociedade consegue transformar demais agentes causais e possui capacidade de acentuar os impactos negativos relacionados a outros fatores de risco à saúde (WILLIAMS; PRIEST, 2015).

O entendimento dessas mulheres (que em maioria é de pele e traços negros) a respeito da discriminação étnico-racial é de que 7 (sete) descrevem o racismo diante de um entendimento religioso de que todos são iguais para Deus e, que não há diferença de cor na concepção delas. No entanto, 1 (uma) descreveu o racismo como um ato que acontece com pessoas em ambas as etnias/raças (branca e preta). E apenas 2 (duas) descreveram o racismo, mas sendo este um ato sofrido diante da experiência na própria pele.

O conhecimento dessas mulheres a respeito da discriminação étnico-racial se acentua ao daltonismo racial:

Ao insistir na idéia de que a avaliação de indivíduos não deve ser “influenciada pela cor”, a Corte permite que a discriminação continue, uma vez que explicitamente desconsidera a possibilidade de que a preferência racial por brancos afete decisões de admissão. Na versão de daltonismo racial da Corte, o branco é a ausência de cor e um corpo discente que tenha uma aparência homogênea não evidencia injustiça (SCOTT, 2005, p. 28-29).

Depreende-se que estas mulheres consideram que não há diferença de etnia/raça entre as relações humanas na sociedade e sendo assim, certamente não se sentiriam discriminadas por que não reconhecem o racismo. Deste modo, 9 (nove) relataram que nunca se sentiram discriminadas e apenas 1 (uma) relatou ter sofrido discriminação. A consciência do racismo e de ter sido vítima de um ato discriminatório desta natureza envolve questões de consciência do corpo diante do racismo. Sousa (1983, p. 6) afirma que: “seu psiquismo é marcado com o selo da perseguição pelo corpo-próprio. Daí por diante, o sujeito vai controlar, observar, vigiar este corpo que se opõe à construção da identidade branca que ele foi coagido a desejar”. A autora ainda complementa que a aflição ou revolta consequente da diferença de *si* em comparação com o branco vão mostrar-se em aversão ao corpo negro, ou seja, ao próprio corpo.

## 6.2 O OLHAR AO CORPO DA MULHER QUE SE COMUNICA: SENSIBILIDADES PARA LER-INTERPRETAR A COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL

Este olhar que se constituiu pela sensibilidade para enxergar a comunicação não-verbal se fez registrar do meio do *diário de campo*, uma importante ferramenta de pesquisa, que foi singular ao alcance da compreensão dos dados pelos registros das percepções do cotidiano da pesquisadora no campo, daquilo que não foi gravado por um gravador de voz. Assim, como descrito no capítulo da metodologia, neste instrumento constam as observações sobre o que o corpo comunicou de modo a subsidiar a compreensão do que na fala se apresentava. Perseguiu assim as orientações de Guerra (2014) sobre informações e impressões pessoais a respeito das categorias ou mesmo o objeto de investigação.

Analisar os pontos observados no corpo da pessoa que fala sob a comunicação não-verbal se ancora ainda nos estudos de Weil e Tompakow (2015, p. 7), quando expressam que “pela linguagem do corpo, você diz muitas coisas aos outros. E eles têm muitas coisas a dizer sobre você. Também nosso corpo é antes de tudo um centro de informações para nós mesmos”. Assim, buscou-se também inter cruzar com sensibilidade os saberes da ciência da

psicologia à linguagem não-verbal expressa durante a realização do questionário e da entrevista neste estudo.

- ***Sensibilidades de nosso ver-enxergar***

A P1 ao relatar o que sofreu e ainda sofre pelo preconceito de classe ficou com os olhos marejados, demonstrou profunda angústia em sua narrativa pelo fato de ser chamada “doida que cata lixo” e, posteriormente, ao enunciar que: *o sistema de saúde pública me respeita e não respeita o “pobre”, quando os “profissionais médicos prescrevem uma medicação que a pessoa não tem condição de comprar”* e que tal prescrição atende a desenfreada medicalização capitalista. Podemos fazer uma alusão ao documentário brasileiro “Estamira”, do diretor Marcos Prado, pois a lucidez da reflexão desta mulher idosa, negra, de classe menos favorecida, sem escolaridade e com saúde física e mental comprometida mostra uma contextualizada crítica de sua realidade. A percepção sobre essa capacidade crítica e reflexiva promoveu um rico manancial de conhecimento sobre as relações étnicas, de gênero, e seu imbricamento com as DCNT.

Destaque se faz, em ser este o caso relatado anteriormente referentes aos cuidados com o uso de gravadores, no qual se fez necessário retornar à visita para nova realização da entrevista, uma vez que os dados haviam sido prejudicados pelos problemas oriundos do barulho do ambiente e da própria perda de parte da gravação. Do retorno, P1 foi encontrada mais dispersa às perguntas e agitada psicomotoramente, o corpo falava gritando em movimentos.

Segundo Machado *et al.* (2009, p. 176):

[...] a aptidão motora está profundamente associada aos aspectos físicos, neurológicos, psicológicos e sociais do ser humano. Pode-se avaliar o padrão motor de um sujeito verificando sua aptidão motora (AM), que representa a capacidade de realizar um movimento motor intencional (práxis motora) e está relacionada ao equilíbrio neuropsicomotor, tendo como elementos básicos: motricidade fina e global, equilíbrio, esquema corporal, organização espacial e temporal, lateralidade e linguagem.

A partir de tal compreensão, evidencia-se a comunicação que ocorre no ser humano entre os aspectos psicológicos, neurológicos, físicos e sociais de modo que esta interação resulta em uma resposta psicossomática. Mello-Filho (2010, p. 29) expõe que: “o termo psicossomática está mais restrito à visão ideológica [...] sobre a relação mente-corpo, sobre os mecanismos de produção de enfermidades, notadamente sobre os fenômenos do estresse”.

Do descrito a sensibilidade de observar o corpo falando, na centração da pesquisadora em ação se fez necessário aquietar o ambiente, desviar o curso da investigação para buscar da participante histórias que pudessem trazer certa calma à inquietude em que se encontrava. Tal inquietude assentava-se sobre a reforma que estava acontecendo em seu domicílio, tirando-lhe o sono e por ser usuária de substâncias psicotrópicas, a tensão influenciava nas descargas adrenérgicas no sistema físico-motor.

A sensibilidade observacional no trabalho de campo pode dar aparatos investigativos de relevância à pesquisa. Os subsídios da comunicação não-verbal se revertem em riqueza de dados na investigação qualitativa:

[...] o corpo é mais natural do que a linguagem e oferece com isso uma expressão mais primitiva e mais verdadeira dos estados emocionais, muitos autores tentaram formular uma “linguagem do corpo”. Determinada composição do rosto exprime a tristeza; determinado arqueamento do tronco traduz a timidez etc. (WINKIN, 1998, p. 72).

O trabalho de campo nos oferece a possibilidade de exercer uma observação e análise precisa e minuciosa dos dados pela ‘escuta’ do corpo. Assim, pelo fato de ter formação em psicologia, a pesquisadora principal teve e por vezes, dificuldades em conduzir a realização dos instrumentos de coleta de dados, para não deixar o *ser psicóloga* agir sobre o *ser pesquisadora*. O que exigia perspicácia em momentos que fosse necessário extrair mais de uma fala e não valorizar a escuta ininterrupta que por vezes ocorria sem contemplar o objetivo de pesquisa. Por outro lado, o *ser psicóloga* contribuiu ao *ser pesquisadora* à leitura dos corpos das participantes à compreensão interpretativa dos dados.

A exemplo da P1, todas as participantes expressaram questões em comportamentos manifesto e latentes

A P2 manifestou resistência em falar sobre sua vida, devido mexer com o seu interior trazendo episódios de muito sofrimento diante de sua identidade mãe-mulher.

A P3 apresentou-se mais acessível, comunicativa durante a realização da entrevista. Relatou importantes histórias referentes às questões de gênero e sofrimentos na vida por ser mulher. O seu tom de voz elevava-se em alguns momentos quando se referia ao que chamou de “machismo” praticado pelo pai, e, posteriormente, pelo esposo. Expressão corporal de inquietação no olhar – olhos vacilantes.

A P4 uma mulher de pele preta que se autodeclarou branca. Discorreu sobre o sofrimento de ser mulher e como a maternidade particulariza a vivência da mulher em comparação a vivência do homem na paternidade.

A P5 tem na religiosidade o porto central em sua existência, ancorando-se neste ao que enunciou seu equilíbrio e brandura. Ser resiliente aos enfrentamentos diante das vulnerabilidades. Sua vida é descrita antes e após a maternidade. Imaginava-se não poder ser mãe e era cobrada no meio de pertencimento social e religioso. Sendo este o fato que durante a realização dos instrumentos de coleta de dados expos sentimentos de angústia ao enunciar a frase: *ser mulher impotente*. A maternagem veio a ser em sua vida, ao contar este momento os olhos brilharam.

A P6 relatou suas vivências de empoderamento feminino diante do enfrentamento cotidiano ante a seu esposo, pessoa de comportamento machista. O corpo se movia na cadeira, os olhos no ambiente, a o volume da voz se elevava em meio à realização da pesquisa de campo, devido o esposo vigiar o ambiente, por vezes interrompendo a coleta de dados. Ocorrendo por ocasião inibição de sua fala.

A P7 também relatou o desejo da maternidade, porém não gestou não se tornou mãe por natureza biológica. O sentimento era aceitação. Calma na voz ao propalar a palavra aceitação, pois acreditava ser uma ação divina. Olhos fixos aos céus, como se lembrasse de uma história de vida, face serena – como se se encontrasse na congregação religiosa que lhe acolheu quando adolescente até idade adulta. Seu relato: *“sair obrigada para me casar”*, momento em que foi observado sentimento de angustia, vozes anasaladas.

A P8 relatou questões que contemplaram todas as categorias elencadas nesta pesquisa: gênero e sexismo, vulnerabilização social, saúde mental, relações étnicas e raciais e DCNT. A participante negra com ensino fundamental completo, ensino técnico em enfermagem não concluído, aprovação em vestibular para pedagogia em instituição pública, mas não cursou, narrou: *“sem condições psicológicas para cursar”*, este se deu devido a transtornos por ansiedade (segundo enunciado por ela). Durante a entrevista muita emocionada em alguns momentos chorou, apresentou disfemia (gagueira) e interrupção da fala por diversas vezes. Este fato se configurou em sentimento, ‘dor’, empatia pela pesquisadora principal que ao transcrever a entrevista a fazia com olhos lacrimejantes.

A P9 diante da pergunta sobre o que ela entende por discriminação étnico-racial respondeu: *“Ah, a gente... (interrompeu a fala emocionada) entende assim, que a gente é excluída!”*. Ao ser interrogada diante de sua afirmação ‘excluída’, ela confirmou: *“sim”*. Então, foi perguntado novamente: excluída de quê? E ela respondeu: *“da sociedade deles”*. Mais uma vez foi perguntada: deles quem? Em um tom de voz enfático, mas ao mesmo tempo de esquivar ao que se dizia ela respondeu e depois sorriu: *“das pessoas que tem esse preconceito! O que eu entendi foi isso”*. Em seguida, ao ser perguntada se já se sentiu

discriminada em sua vida em alguma situação, ela afirmou que não. Negou ter passado por qualquer situação que ela pudesse diretamente relacionar à fala de racismo abordado. Ela é uma mulher de pele preta que se autodeclarou parda, e assim como a P4, ambas, além de não se autodeclarar pretas trouxeram vivências maternas que tornaram evidentes o seu devir de mãe-mulher e emocionou-se no momento em que falou que o filho havia ficado desempregado e começou a fazer ‘besteira’ deixando claro que não seria envolvimento com drogas. Depois deste relato ela fez uma pausa demonstrando e afirmando em sua fala ter ficado descompensadamente triste e inconsolável por causa de seu filho. Balançou a cabeça sinalizando profunda decepção e tristeza e murmurou: “*Hum-hum! Eu entreguei na mão de Deus!*”. Apresentou respiração profunda e acelerada e disfemia ao afirmar por meio de sua crença trazida naquele momento: “*foi uma... foi... foi uma nuvem passageira*”. Então, na compreensão do relato, de todas estas condições colocadas, enquanto mulher e mãe, apresentou sofrimento neste lugar de questionar a educação que proporcionou ao filho, onde, se falhou, e de que forma aconteceu?

A P10 demonstrou não ter muita compreensão sobre autodeclaração e diante de uma expressão corporal de desconforto e tom de voz com humor irônico declarou ter concordância com qualquer etnia/raça que lhe atribuem. Em relação às questões de gênero apresentou um semblante de inconformismo e manifestou o desejo de realizar o oposto do sexismo enfrentado por ela nas atividades domésticas. E ao descrever como se sente ao buscar os serviços públicos de saúde, afirmou que no momento sentia-se bem. Porém, ressaltou de uma forma enfática e inclusive interrompeu a fala, que ao buscar a UBS para verificar a pressão arterial não conseguiu atendimento, ora não havia profissionais, ora não tinham disponibilidade para ofertar os serviços, onde relatou: “*você vai hoje não tem quem olha, amanhã volta, não pode*”. Com uma expressão de desesperança afirmou ter desistido de procurar os serviços pela dificuldade de acesso à saúde.

Para desvelar o corpo que fala se mostrou como necessário a sensibilidade humana e o sentimento de empatia para ver enxergando e perscrutando o outro em suas histórias corporais. Não se trata de uma tarefa simples, pelo contrário, tem elevado padrão de exigência e vigilância, duas características que esteve aos nossos olhos, ao olhar consciente que também estava sendo olhado. Riqueza é a palavra que exprimi esse momento do estudo e que o diário de campo nos possibilitou registrar. Uma estratégia das mais difíceis e a mais sublime de pesquisar, ao alcance de saber-conhecer e se aprofundar o mais possível do que se estar a investigar.

Deste afundar-se a sua difusão em energia que se expande para as categorias que emergiram do delicado, exigente e cuidadoso trabalho – a categorização dos dados – em registros dedilhados no teclado do *notebook* e em registros mentais, cujo imbricamento humano se registra em humildade na busca pela agudez de saberes em multirreferencialidades para compreensão do que se mostrou para nós.

### 6.3 AS CATEGORIAS: uma explosão de desvelamentos em narrativas compartilhadas

- **A ‘Visão Panorâmica’ em apreciação**

Na Categoria 1 foram agrupadas as falas das mulheres que relataram questões sobre a sua cor e como se autodeclaram, assim como suas descendências, que tornam a multirracialidade tão diversa por cada uma delas. Esta se abriu em um horizonte que se expandiu em três subcategorias para mais bem ver explorando as falas das participantes: na subcategoria 1 encontram-se as falas relacionadas a cor da pele; na subcategoria 2 estão as falas a respeito da mestiçagem das raças, o que irá de encontro com as características da cor da pele dessas mulheres, e a subcategoria 3, as falas sobre a cor preta e os desafios na sociedade diante da discriminação racial. Nesta categoria o horizonte se expande com a exposição de um subeixo, no qual se encontram agrupadas as falas de relato de como estas mulheres percebem o preconceito étnico-racial.

Na Categoria 2 estão as falas sobre a mulher e os desafios diante do sexismo. Igualmente a antecedente, o horizonte panorâmico desta categoria se abriu em três subcategorias: na subcategoria 1 estão agrupadas as falas do *ser* mulher em oposição ao preconceito de gênero e expandindo-se em um subeixo, cujas falas dizem respeito a maturidade da mulher como característica identitária do gênero; na subcategoria 2 estão as falas da mulher e suas limitações perante a sociedade, o que ela não pode e o que o homem pode, trazendo as percepções sexistas de gênero que, em expansão de horizonte, fez emergir dois subeixos, no subeixo 1 as falas abordando os desafios de ser mulher e mãe em uma sociedade sexista e no subeixo 2 estão as falas sobre os desafios estabelecidos pelo sexismo encontrados pela mulher; na subcategoria 3 estão as falas a respeito da (re)construção diária do ser mulher, a resistência e a resiliência na experiência de vida.

Na Categoria 3, estão agrupadas as falas trazendo as condições de ser mulher e as vulnerabilidades encontradas no campo físico e psicológico, assim também, como os desafios à integralidade de atenção no Sistema de Saúde.

E na Categoria 4, estão as falas abordando a etnicidade expressa na religião destas mulheres que são todas praticantes assíduas, onde somente duas religiões são predominantes: a católica e a protestante.

### 6.3.1 Categoria 1 - Minha cor, nossa nação e o lugar que nos situamos

- Subcategoria 1: A cor da minha pele, minha nação.

P1: *“Não tenho diferença de cor, eu não tenho. Por que a minha família é assim [...] nós somos mestiças, branca, preta [...] os meus pais são descendência de índio assim, minha avó, meus avô. Meus pais dizia pra gente, que eles foram pegado de cachorro [...] fui nascida na roça na época [...] e meus pais nem conheci. Então, você nem, nem deve pensar que nação eu sou! [...] de todos que eu conheço que tem essa nação de gente é assim, mãe preta, pai preto e até assim índio”*.

P2: *“A cor do meu pai é da minha cor (preta), já mãe era mais clara [...] depois dessa doença (risos) (Refere-se à Covid-19) eu to me achando parda [...] eu acho um absurdo! Tem hora que eu olho no espelho, eu acho assim uma cor fêa, né? Por que quando a gente tá com a cor morena, a cor corada é uma coisa. Eu me sinto assim, que eu to com a cor muito diferente! Oxê, ó quando eu comecei sair, eu tava mais ainda, tu vê, às vezes eu sentava ali o povo: “tú ta branca, olha pra tu ver [...] quando me olho no espelho me acho [...] eu não tenho essa cor, minha cor é morena, cor preta”*”.

P3: *“[...] minha família é branca. Meu pai é português, minha família é branca! Minha mãe é branca, minha mãe tem pai português também e a mãe dela é que é descendente de índia [...] foi pega de cachorro! Eu não sei aonde foi [...] podia lhe dizer qualquer outra coisa, por que minha origem é essa, se minha origem fosse negra eu dizeria negra. Se minha origem fosse parda eu diria”*.

P6: *“[...] o branco é aquela que é bem branca, né? O amarelo que é essa cor que é minha, né? Então, eu me sinto bem com minha cor”*.

P8: *Preta! Ah, eu tenho orgulho de mim. Não tenho vergonha da minha cor. Amo a minha cor [...] me acho linda”*.

P10: *“[...] concordo com a cor que eu sou! Se diz que é essa eu concordo que é essa. Eu se fosse dizer [...] e eu não tivesse conhecimento, eu dizia sou morena. Mas é, todo lugar que eu vou o povo só diz que eu sou parda! Que eu não sou morena. Então, eu sou parda”*.

As falas da P1 e P3 expressam características multirraciais na genealogia familiar. A descendência indígena revela a relação dos índios no Brasil desde a chegada dos portugueses



e colonização dos povos originários. A forma com que ambas as participantes se expressam revela que estes familiares foram capturados à época violentamente e ou tirados do seu meio pertencimento como ‘cães da ninhada’ do *habitat* natural e forçados ao que julgavam civilizarem, e assim, entregues a colonização portuguesa. Conscientemente as P2 e P8 se autodeclararam mulheres negras, onde P2 diante de um estranhamento de sua etnia/raça durante o cenário pandêmico segue numa incessante busca pela recobrada cor “corada” de sua pele. A P8 reforça como ela se vê atualmente, após ter cicatrizado uma ferida aberta pelo racismo. Mas, conseguiu se (re)construir e diante do que Sousa (1983, p. 12) traz: “perder a cor, significa para o indivíduo, uma sujeição completa ao imperativo racista”. E então, nesse ponto de vista, a P8 não mais se sujeitou ao anseio de branqueamento ao se reconhecer não pertencente à margem da sociedade por causa de sua etnia/raça como prega o racismo e/ou mesmo se validando do discurso de indefinição racial, pois através do acompanhamento e atenção à sua saúde mental foi possível cicatrizar suas feridas e a partir desse alcance existencial agora se autoafirma na sua cor preta revelando o empoderamento da mulher negra em sua identidade rebelada.

As P6 e P10 ambas descrevem um autodeclarar-se diante de um viés alheio onde as percepções acerca de *si* e da noção de etnia/raça parecem muito complexas para acatarem. Então, resolveram deixar que os outros as declarassem como bem entendessem, o conceito pouco importa, ignorar os enquadramentos sociais também parece ser neste caso, uma alternativa viável de mecanismo de defesa para não lidar diretamente com o racismo. Porém, estas duas mulheres podem certamente estar entre as pessoas que possuem um ponto de vista daltônico, por mais que seja colocado neste sentido a respeito de *si* não impede a categorização por se colocarem ‘neutra’ diante de um cenário social de desigualdade das relações étnicas e raciais na contemporaneidade.

A elucidação de tais fatos podem ser observados no estudo de “Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia” de Kabengele Munanga (2004) ao discutir que:

No século XVIII, a cor da pele foi considerada como um critério fundamental e divisor d’água entre as chamadas raças. Por isso, que a espécie humana ficou dividida em três raças estancas que resistem até hoje no imaginário coletivo e na terminologia científica: raça branca, negra e amarela. Ora, a cor da pele é definida pela concentração da melanina. É justamente o degrau dessa concentração que define a cor da pele, dos olhos e do cabelo. A chamada raça branca tem menos concentração de melanina, o que define a sua cor branca, cabelos e olhos mais claros que a negra que concentra mais melanina e por isso tem pele, cabelos e olhos mais escuros e a amarela numa posição intermediária que define a sua cor de pele que por aproximação é dita amarela. Ora, a cor da pele resultante do grau de concentração da melanina, substância que possuímos todos, é um critério relativamente artificial. Apenas menos de 1% dos genes que constituem o patrimônio genético de um

indivíduo são implicados na transmissão da cor da pele, dos olhos e cabelos. Os negros da África e os autóctones da Austrália possuem pele escura por causa da concentração da melanina. Porém, nem por isso eles são geneticamente parentes próximos. Da mesma maneira que os pigmeus da África e da Ásia não constituem o mesmo grupo biológico apesar da pequena estatura que eles têm em comum (MUNANGA, 2004, p. 19-20).

Nesse sentido, os fatores biológicos que definem a raça ‘humana’ vão se ramificando e divergindo-se em particularidades que a separa em fragmentos ilustrados segundo Munanga (2004), porém no imaginário coletivo contemporâneo, por sua vez há a ideia de mestiçagem como bem colocou a P1 de que não se sabe ao certo qual seria a cor propriamente dita, como se a mestiçagem partisse de uma incerteza multirracial. Ou seja, o fenômeno de pardalização social que Madeira e Gomes (2018) enfatizam em seus estudos. Bem como, as relações étnico-raciais no Brasil historicamente se dão como um mal-estar, sendo que o grupo em domínio não pretendia lançar mão de seus históricos de privilégios e de lugares sociais. A alternativa viável então foi o discurso ou silenciamento para afastar-se do campo do conflito e também das contradições, em busca de uma harmonia validada pelo processo de miscigenação e democracia racial, por meio desta última, afirma-se que a população negra usufruiu de oportunidades e uniram-se à cultura e à comunidade nacional (MADEIRA; GOMES, 2018).

Por meio das estratégias do racismo estrutural, a população negra se vê obrigada a anular a sua própria identidade e a abandonar a busca por seus direitos, Se não, complementando as falas das mulheres a respeito da autodeclaração, ao se assumirem pardas, Sousa (1983. p. 4) assegura que: “vítima dos efeitos dessa alienação, pouco importa, então, ao sujeito negro o que o branco real, enquanto indivíduo ou grupo, venha a fazer, sentir ou pensar. Hipnotizado pelo fetiche do branco, ele está condenado a negar tudo aquilo que contradiga o mito da branquura”. E assim, as estruturas do racismo se mantêm em movimento, para não se extinguir são reforçadas as suas estratégias mais eficazes que é desumanizar para controlar.

- Subcategoria 2: A mestiçagem de raças: refletindo as características da cor da pele.

P1: “[...] minha tia era negra, só que ela era uma negra do cabelo bom. Minha avó também. Esse pessoal de minha avó também, meu pai não era, era da minha cor, minha mãe [...] era da minha cor também. Agora, as minhas tia a que eu conheci mesmo era preta. Preta do cabelo bom, as minhas primas tudo a metade, tudo mestiça [...] tudo misturado. Aí realmente não tem separação de cor. Por isso que eu, mas meu filho também é como a senhora conhece. É daquelas cores! Gazo, preta”.

*“[...] a gente vai pelo jeito que a gente é gerada no ventre da mãe da gente, acho que é isso! A gente não tem como dispensar como a gente foi gerada, como foi a alimentação que a mãe da gente teve, como foi a gestação que a mãe da gente teve [...] O quê que se alimenta [...] o pessoal que me criou disse que eu nasci debaixo de um giral, cheio de giral de cacau, nos torrão”.*

*“Tenho um casal de gêmeos albinos [...] Se tivesse vivo era quatro. Duas meninas e dois meninos. Mas, já vem da família! Tanto da minha parte tanto da parte do pai. O pai deles era moreno do olho gatiado. A avó deles se for da parte do pai também. Morena, cabelo bom. A bisavó, a avó de meu marido também era morena do cabelo bom, a família toda mestiça também”.*

*“[...] quando eu tive a primeira menina essa que é alemão (se referindo a ser ‘gaza’) também, mora ni São Paulo, a minha própria cunhada falou que não era filha do irmão dela. Quando eu tive a outra menina, não deu tempo nem eu ir pro hospital, viu o caso. Mas, do mesmo jeitim da primeira, foi da outra [...]. Precisou eu ir pro médico pra o meu marido não me largar [...] e aí Dr. falou que não, mandou chamar ele e falou pra ele que minha nação era daquela mesmo e que ainda ia ter mais. Aí eu tive os gêmeos! Aí foi que quando ele veio se conformar e meu sogro e minha sogra e a avó dele falou que não tinha que ele me largar não, por que na família tinha e era de nação. [...]e não foi só eu não. Na família muitas sofre ainda mode esse tipos de nação”.*

A P1 expõe sobre questões de sua ancestralidade reluzindo o gerar, o criar e o ser-estar para compreensão de si mesma diante das relações étnicas e raciais, sobretudo, de sua descendência e a historicidade genética que carrega. Conforme os fundamentos ancestrais, Ribeiro (1996) sustenta que: “o nascer e o renascer podem ser entendidos como um processo de desprendimento de uma porção da matéria-massa de origem”. Porém, ainda afirma que a identidade e cidadania dos brasileiros, se constroem com base nos elementos de cosmovisões africanas, pois há uma forte ligação entre a ancestralidade africana nos países de diáspora africana, inclusive a construção das identidades individuais, embora tal fato seja negado, reforçando a ideologia do branqueamento que estabelece como modelo identificatório para a evolução das identidades individuais eurocêntricas.

Há no contexto de fala da P1 uma denúncia de preconceito familiar em relação os traços fenótipos de seu filho em relação a etnia/raça no qual se refere como “gazo” ou “alemão” são na verdade características de um distúrbio genético denominado albinismo.

Para Moreira *et al.* (2007, p. 69):

O albinismo consiste de um conjunto heterogêneo de distúrbios genéticos na síntese de melanina que podem levar à hipopigmentação da pele, dos pêlos, cabelo e olhos. Essa condição resulta de alterações em um ciclo complexo de reações metabólicas que causam redução ou ausência congênita da produção de melanina.

Desse modo, o que a P1 chama de “nação” se referindo a raça/etnia de seus filhos, que enquadra-se não somente no rol das diversidades de miscigenação, mas também dos estudos

sobre distúrbios genéticos. Fazendo menção a fala da P1 de que a equipe médica promoveu o diálogo em família para a compreensão da etnia/raça de seus filhos em consequência da desconfiança dos familiares em relação à paternidade da criança devido o preconceito racial, ainda de acordo com Moreira *et al.* (2007) por questões éticas, os testes laboratoriais com objetivo de diagnosticar o albinismo precisam ser oferecidos para famílias que já possuem casos de albinismo somente, não sendo indicados à população em geral. Bem como, apesar de sua descrição parecer uma característica gênica simples, algumas pesquisas na atualidade têm mostrado que se trata de um distúrbio considerável complexo, pois a heterogeneidade fenotípica é resultado de diversas mutações.

Trazendo luz à narrativa de P1, Munanga (2013) coloca que, apesar dos distintos contextos históricos e geográficos, chegou a concluir que de tal maneira a negritude no contexto africano e o ideal do branqueamento no Brasil, possuem semelhanças, ambos eram efeitos de um racismo universal, que pretendia compreender os africanos e os seus descendentes brasileiros em uma cultura tida como superior. Então, essa assimilação seria feita por meio da falsa mestiçagem cultural e da miscigenação. Os dois casos representam um aspecto de ‘intoxicação mental’ que levaria a ‘alienação’ e a ‘negação’ da própria ‘humanidade’.

Sendo assim, P1 precisou contar com esclarecimentos médicos a respeito do caso de albinismo dos filhos, pois a humanidade deles fora retirada quando houve a negação de paternidade do seu marido que indicava a não aceitação da etnia/raça das crianças a tal ponto de realizar ameaças de abandono paterno e à mãe vulnerável após o parto ser ameaçada de ser colocada pra fora de casa.

- Subcategoria 3: Minha cor preta: desafios humano-social ante a discriminação racial.

*P8: “As coisas [...] eu tenho pra mim que as coisas ficam mais difíceis! Quando é [...] assim, em questão de trabalho [...] do lugar na sociedade, não sei! Que o povo acha que por ser negro. Tu ver que negro (interrompeu a sua fala) por muita gente o negro nem estudava, né? Nem estudava. Lugar de negro [...] é em casa, é trabalhando, é sendo escravo! É sendo isso, aquilo outro! E isso entristece a gente [...] entristece muito [...]”.*

*“[...] já fui discriminada muito pelo meu próprio marido em casa. Muito, muito, muito! E ele é negro, ele não tem estudo [...] ele me discriminava muito, me humilhava muito, me menosprezava muito [...] o que ele podia falar pra mim, pra me deixar de baixa estima ele falava [...] eu já passei por muito, mas quando eu trabalhei [...] na área de serviços gerais eu e a equipe [...] tinha plantões de enfermeiras que era ótimo, mas tinha umas que olhava pra gente e dizia assim: Olha aí, tá limpando o chão por quê? Por que não estudou! E muitas das*

*minhas colegas [...] tava ali, limpando o chão pra pagar a faculdade [...] muitas já terminaram. E outras desistiram por isso, por achar humilhação [...] das enfermeiras dizer assim: Aí, tá limpando o chão [...] por quê? Olha aí, lavando o banheiro, por quê? Por que não estudou! Quem mandou não estudar? [...] e doía na gente, viu! Doía. Teve colegas minhas que desistiu, que saiu! Que não guentou, não [...] pediu pra sair [...] a gente era muito discriminada [...] da cor, a gente sabe que a gente é querendo ou não a gente é discriminado [...] tem comércio que a gente entra, eu já cansei de entrar em comércio de o vendedor tá de lá e me olhar assim de cima a baixo, acho que dizia assim: O quê que aquela negra tá fazendo aqui? Não tem condições de comprar, não! E não vir me atender e eu sair da loja e não ser atendida. E isso pra mim é uma discriminação! Por que se fosse uma pessoa branca que chegasse lá [...] bem vestido, bonito, eles vinha atender [...] tem vários lugares assim, vários [...] e a gente sabe que é por que a gente é negro! É pobre, né? E sofre com esse tipo de discriminação”.*

O racismo está enraizado na cultura brasileira quando observamos falas como a da P2: “*é um absurdo, é uma coisa que é difícil a gente não pode nem chamar uma pessoa de negro*”. E nesse sentido, revela-se muito discreto como relata a P3: “[...] *são tão sutil, super delicado [...] convivência, relacionamento [...]*”. Ao mesmo tempo, que há uma afirmação de que o racismo existe tanto do branco para o negro quanto do negro para o branco.

*“[...] às vezes não aceitava o outro por que era negro. Não aceitava o outro por que ela é branca! Essas coisas assim, apesar de que, eu não! Por que eu tive amigas negras, eu tenho amigas negras [...] e tenho branca. Eu não tenho essa questão, não! Mas, existe! Que eu sei que existe. Que eu vejo [...] não vou dizer que eu sou cega [...] é o branco não aceitar o negro e o negro não aceitar o branco [...] por que não é só o branco que não aceita o negro, é o negro também, não aceitar o branco [...] pra mim é uma discriminação racial. É um preconceito [...] o branco tem contra a raça negra, aqui no Brasil, acho que tem muito, eu vejo reclamo muito sobre isso [...] não sou a favor [...] pra mim ser humano é tudo de uma cor só, uma cor que se chama Jesus! Não tem azul, amarelo, preto, branco, marrom, não importa é ser humano!” (Participante 3)*

Esta alocução da P3 é considerada, no entanto, questionável diante da historicidade que carrega os povos negros, na verdade fere a luta pelo fim do racismo que somente ocorre com pessoas de pele negra e não com pessoas de pele branca. No entanto, ela ressalta que têm amigas negras e, quando alguém é interrogado a respeito do racismo e a pessoa afirma que tem pessoas no seu íntimo de pele negra, não quer dizer que esta pessoa seja racista ou antirracista, quer dizer que ao realizar tal colocação ela expõe a ausência de neutralidade perante a análise do preconceito.

Almeida (2020) salienta que:

A própria ideia de racismo reverso é curiosa e nos mostra como muitas vezes nos detalhes moram as grandes questões. O termo “reverso” já indica que há uma inversão, algo fora do lugar, como se houvesse um jeito “certo” ou “normal” de expressão do racismo. Racismo é algo “normal” contra minorias – negros, latinos,

judeus, árabes, persas, ciganos etc. – porém, fora destes grupos, é “atípico”, “reverso”. O que fica evidente é que a ideia de racismo reverso serve tão somente para deslegitimar as demandas por igualdade racial (ALMEIDA, 2020, p. 53).

Nesta colocação da P3 pode haver um discurso ao qual coloque em questão o racismo contra o branco e a tentativa de desmerecer um ato que somente a população negra é vitimizada, ou seja, segundo o autor supracitado, tal colocação legitima-se como um discurso racista. A P3 usa argumentos em relação ao racismo que é visto por ela como distante de si mesma e enfatiza que possui ‘amigas negras’ por qual motivo? Em ambas as falas o racismo apresenta-se sutilmente como colocado pela própria participante.

Inclusive a P4 relata a discriminação de uma forma bem ampla, embora seja ela negra em seus traços e cabelos, mas não se autodeclara uma mulher negra e sim branca, de pertencimento étnico-racial branco: “[...] *eu não consigo te explicar direito esse negócio de racismo [...] tem muitas pessoas que eu acho que eles já vai abrangino assim é por que eu sou: Ah, falou isso por que eu sou negro! Falou isso por que eu sou pobre! Falou isso por isso e por aquilo [...] acho que as pessoas também se vitimizam, vitimizam muito nesse sentido*”. Há concepções como esta que tentam minimizar os efeitos do racismo e o faz parecer vitimização da população negra em enfrentamento. Atualmente denominam em um sentido banal e perverso de “mi-mi-mi” o lugar não mais de silenciamento da população negra.

A P8 apresenta através de um relato ilustrativo o racismo estrutural: “[...] *assim, em questão de trabalho [...] do lugar na sociedade [...] por muita gente o negro nem estudava, né? Nem estudava. Lugar de negro [...] é em casa, é trabalhando, é sendo escravo!*”. Nesse sentido, Almeida (2020, p. 51) discute que “a ênfase da análise estrutural do racismo não exclui os sujeitos racializados, mas o concebe como parte integrante e ativa de um sistema que, ao mesmo tempo, torna possíveis suas ações, é por eles criado e recriado a todo momento”. Compreendemos que o racismo está embutido em políticas, normas sociais com o intuito de manutenção de poder alinhado ao capitalismo como discute muitos autores pós-modernos.

Madeira e Gomes (2018, p. 467) consideram que as vulnerabilidades experienciadas especificamente pela população negra são: “produtos da história criminosa da escravidão. Na atualidade, esta vive e sobrevive pagando a conta dos antepassados que não escolheram esse caminho de perversidade, atrocidades e acúmulos de desvantagens”. E que ainda, os índices educacionais, políticos, econômicos e sociais, se analisados possibilitam um diagnóstico da estruturação das desigualdades sociais e raciais brasileiras.

*Subeixo 1: Como eu percebo o preconceito étnico-racial.*

P8: “[...] em questão de religião eu já fui muito focada [...] agora a minha religião é Deus [...] tô um pouco afastada [...] depois do covid [...] semana passada [...] eu fui um dia, fui muito bem recebida pela algumas pessoas [...] mas, tem outros que já olha pra gente assim com aquele olhar [...] de desprezo! Não cumprimenta [...] não fala, sabe? A gente percebe [...]”.

No caso da P8, há uma explícita questão de alteridade, que se opõe a discriminação étnica e racial. Para o CFP (2017) a discriminação étnica é uma duplicação oriunda da discriminação racial, jamais em sentido oposto. Por exemplo, quando as expressividades religiosas e culturais da população negra e de indígenas são reprimidas, tal fato ocorre a encargo do racismo, pois implica o seguimento entre mente e corpo estendendo-se à cultura. Desse modo, não existe discriminação étnica que não esteja vinculada a discriminação racial.

Ambos os fatores, reforçam que a pessoa construa expressões de sua identidade e dessa forma possa desenvolver uma estrutura psíquica satisfatória. Mas, é preciso que o corpo seja pensado como fonte de vida e de contentamento. O sofrimento inevitável que o corpo atribui à pessoa precisa ser disperso (SOUSA, 1983).

### **6.3.2 Categoria 2: A mulher: seus desafios no sexismo de gênero**

- **Subcategoria 1: Ser mulher versus preconceito de gênero.**

P1: “[...] jogador não respeita a gente, não respeita a família e mulher inda mais. Quando eles vê uma mulher eles é discarado. Eles não respeita, eles, parece que eles não tem mãe. Os chefes de autoridades devia tá na frente disso aí. Eles parece que eles não tem mãe. [...]. E eu falo que, mãe é um, um, é secreta! Mãe é uma caixinha de comparecer, por que eles não é filho de égua. Não existe uma maternidade pra uma égua! Por que quando a mãe vai para um hospital ela vai ganhar um neném, ela, a vida dela tá ali ente a vida e a morte. Um pé na sepultura e outro fora! Ela não vai ganhar um jegue e nem um cavalo e também eles não é fi de um jegue e nem um cavalo, eles deve se respeitar. [...]Eles deve respeitar! Por que ninguém pare, uma mulher não vai parir uma égua e nem um médico e nem uma médica vai pegar um cavalo e nem uma égua, por que pra isso tem veterinário pra pegar. [...]Até na televisão esses vagabunda fica xingando. Oxe!”

P3: “Meu marido nunca deixou eu trabalhar, apesar deu ser formada e ter tido mais de cinco oportunidade de trabalho. Ele nunca deixou, ele ia lá e me tirava [...] pra mim, não! Para a minha patroa, meus ex-patrões, meus chefes! Pro serviço público, meus chefes, ele ia lá e

dizia assim: ‘não, ela não precisa não, tira ela daí e bota fulano!’. Ele mandava aqui! (se referia ao município)”.

“Eu me sentia presa, prisioneira [...] sem poder respirar como mulher! Eu me casei pensando que ia ter mais liberdade, também foi difícil, mas Deus me deu força e eu venci. Hoje eu sou outra mulher [...]”.

“[...] meu pai era demais, era com todas nós [...] eu e mais duas irmãs, três comigo. Era também, não veste calça naquele tempo atrás, 40, 60 anos atrás, não veste calça quando tinha 15 anos, não veste saia justa, essas coisas assim, né?”.

P8: “[...] eu me sinto triste [...] como eu já presenciei é, homem dizer que lugar de mulher é no fogão, né? Na pia e no fogão! Que mulher nasceu pra ser submissa ao marido, pra ser escrava do marido. Que mulher é isso, que mulher é aquilo, sabe? Desvalorizando algumas mulheres e isso entristece a gente, né? Por que graças a Deus as mulheres tem evoluído tanto, tem adquirido o seu lugar, tem crescido bastante, né? Mas, ainda tem homem muito machista [...] vivi com um homem trinta e sete anos muito machista, muito mesmo [...] pra ele mulher não tem valor de nada! Nada, nada, nada [...] ele menospreza muito mulher, menospreza muito! Dói, me machucava e agora eu não ligo mais [...] depois que eu saí (separou do marido), eu não passo mais não!”

“É difícil nesse mundo ser mulher, viu? É difícil. Assim, a oportunidade é [...] ser menosprezada por ser mulher: que lugar de mulher como te falei é no fogão, mulher não presta pra nada, no mundo não devia existir mulher”.

Nas falas destas mulheres está explícito o sexismo como hegemonia de um patriarcado existente há séculos até os dias atuais. As P3 e P8 apresentaram situações que ilustram comportamentos sexistas em seus enfrentamentos cotidianos, cujo desvencilhamento mostra-se como agente complexificador para elas diante de um meio de pertencimento fundado no patriarcado.

O contexto relacional sexista vivido por estas mulheres se desenha em situações que vão desde a linguagem ‘machista’ do cotidiano utilizada pelos homens, do controle e de coerção exercido pelos pais e sucessivamente pelos maridos em relação às vestimentas destas mulheres ou mesmo desestímulo e impedimento da mulher no ingresso ao mercado de trabalho. E assim, em quase toda a sua vida lidando com impasses que convergem para reforçar a feminilidade como frágil e suas competências no anonimato, sendo controladas pelo mecanismo de desigualdade para sustentar o patriarcalismo na sociedade.

Crenshaw (2002, p. 181) afirma que: “quando as mulheres permitem que contestações ou tradições culturais patriarcais dentro de suas comunidades sejam silenciadas, elas perdem a oportunidade de transformar práticas que são prejudiciais às mulheres em geral”. Devido à cultura de silenciamento da mulher aprendida nos moldes de sua geração, foi necessário o período de vividez ou da terceira idade para que em contato com outras mulheres no âmbito



social (cultura, lazer, saúde e educação) pudessem vir a ter conhecimento e a reivindicar este lugar de mulher não submissa às desigualdades de gênero e ao sexismo e acima de tudo relutante por seus direitos igualitários na sociedade.

Adentrando o sexismo em um viés étnico-racial, Carneiro (2019) afirma:

A distância entre homens e mulheres negras expressa, diferentemente, o resultado do machismo e do sexismo presentes nos mecanismos de seleção social para posições na hierarquia, onde sexo e raça atuam cumulativamente para configurar as desvantagens da mulher negra mesmo em relação ao homem negro, e que as ideologias da ascensão social e de embranquecimento tendem a incrementar (p. 48).

Nessa perspectiva, as desigualdades de gênero se acentuam como um agravante à condição de racismo para a mulher negra. O homem negro por sua vez, reproduz o sexismo com ferramentas de alcance bem mais potentes a promover nesta mulher uma ferida social em seu corpo e na alma.

Temos neste sentido a fala da P8:

*“Eu já fui discriminada muito... (interrompeu a sua fala) pelo meu próprio marido em casa. Muito, muito, muito! E ele é negro, ele não tem estudo! Sabe, mas ele se acha assim, uma pessoa... (pausa)”*.

A fala da P8 revela a dor e a consciência de si e dos fatos ocorridos consigo por ser uma mulher negra, porém resiliente diante das marcas do racismo, por mais que ela ainda se emocione chorando muito em sua narrativa, o seu caminhar, no entanto, revela rumos subversivos.

Partindo para uma compreensão do contexto nos ancorando na literatura, Carneiro (2019) considera que entre pessoas negras há um mecanismo que estabelece as diferenças entre homens e mulheres em relação à aquisição de renda. Supondo assim, que os efeitos emparelhados do ‘racismo’ e do ‘sexismo’ encontram-se ampliados entre homens e mulheres especificamente deste grupo racial. Todavia, as mulheres negras apresentam maior índice de dependência, apesar de que a participação destas, diante das estratégias de sobrevivência do grupo negro é de fundamental importância. A autora ainda destaca que, a ampliação ou ‘distância’ entre homens e mulheres negras representa de outra forma o efeito do ‘machismo’ e do ‘sexismo’ atuantes nos mecanismos de ‘seleção social’ com intuito de hierarquia, nos quais, *sexo* e *raça* operam conjuntamente para esculpir a essa mulher negra desvantagens em relação ao homem negro. Havendo assim, a inclinação para as ideologias de ascensão social e de embranquecimento (CARNEIRO, 2019).

Contrapor o sexismo deve ser uma ação de combate da mulher e de toda pessoa a uma sociedade justa. Akotirene (2020) conclui que: “sem dúvida, mulheres negras foram

marinheiras das primeiras viagens transatlânticas, trafegando identidades políticas reclamantes da diversidade, sem distinção entre naufrágio e sufrágio pela liberdade dos negros escravizados e contra opressões globais”. Mediante o olhar de subversão da mulher negra, discutiremos o eixo a seguir.

- **Subeixo 1:** A maturidade como característica identitária do gênero

P3: *“Ah, por que a mulher é muito, digamos assim, machorizada! Por que o sistema é machista, né? O sistema é machista, eu já sofri muito. O machismo do homem, muito, muito, muito. Como fui criada, meu pai, minha família, meu marido supermachão, muito. Sofri muito, muito como mulher! Por que mulher não pode isso, por que mulher não pode aquilo. Pode sim! Eu vou fazer, eu vou fazer bem, entendeu? E aí, foi, foi, foi e eu sou uma pessoa realizada mesmo. Comigo mesma [...] hoje eu me sinto tranquila! Por que não tem ninguém pra me comandar e nem querer me proibir as coisas”.*

*“[...] de primeiro era isso, era autoridade [...], queria trabalhar e ele não deixava! Isso pra mim, por quê? Por que ele é meu marido, por que ele é homem e por que eu sou mulher! Não posso fazer e eu lutei, saía [...] eu fui ensinar educação física [...] ensinei dois anos [...] então ele foi e, foi me tirar [...] com um ano [...] eu comprei um carrinho [...] eu chego em casa, cadê meu carrinho? Ele tinha vendido [...] eu não tava preocupada que ele ia fazer uma coisa dessas, não passava isso na minha cabeça! Nossa senhora [...] vendeu o que era meu?”.*

P7: *“[...] ser mulher acho que é bom, né? Só que não tive sorte de ter filho [...] eu queria [...] até se botar na minha porta eu pegava pra criar [...] eu ia fazer quarenta e quatro anos, então não tinha mais jeito [...] a gente casado [...] a gente tenta, mas não veio e eu fazer tratamento [...] falei assim: não, se Deus não mandou, deixa como tá [...] por que quem vai criar? [...] pra não desfazer o casamento, eu parei [...] nada me afetou, nada! Fiquei até sem preocupação todo mundo quer ter filho [...] sem motivo [...] não foi assim um querer [...] tão forte, né? Eu casei e agora não adiantou correr! E aí, então, foi aliviando, com o tempo Deus não mandou também. E nem na porta veio, é isso. Foi natural [...] ele não queria por causa que ele falou assim: [...] você não vê na televisão [...] os filhos perturbando os pais, os avós [...] depois começou piorando [...] os próprios netos matando a avó, os pais [...] ele foi explicando e, pronto [...] ia começar discussões [...] falei assim deixa pra lá [...] a nossa vida foi [...] muito boa [...] ele me aceitou bem na minha idade [...] dezenove anos mais novo”.*

As mulheres subjetivamente possuem distintas histórias de vida que vão desde a saída da ‘prisão’ da casa dos pais para se casar em busca de liberdade e encontra outra ‘prisão’ patriarcal até o silenciamento dentro do campo religioso. Pois, também a intenção de saída deste último, foi, sobretudo, em busca também de liberdade. A identidade da mulher, que se tornou viúva, mas liberta em suas amarras individuais e sociais surge na terceira idade. Uma mulher ainda que idosa, possui em seu âmago a juventude não vivida.

Podemos refletir diante de tal fato que:

A ausência de articulação entre raça, classe e gênero, tanto na teoria feminista quanto na produção afrocêntrica, por certo criou inobservância interseccionais produtoras do alarmante cenário de violência contra as mulheres negras, pois, ainda na década de 1980, logo após surgirem as primeiras delegacias da mulher, as publicações feministas trabalhavam a mulher universal (AKOTIRENE, 2020, p. 55).

Deste modo, esta mulher universal não contempla as peculiaridades da mulher negra, da mulher periférica e de tantas outras identidades de mulheres subjetivamente respondendo aos critérios do Estado, que de acordo com a autora, se baseia em tais concepções para a criação e, sobretudo, para a avaliação de políticas públicas vigentes.

Portanto, Hooks (2018, p. 23) defende que: “compreender a maneira como a dominação masculina e o sexismo eram expressos no dia a dia conscientizou mulheres sobre como éramos vitimizadas, exploradas e, em piores cenários, oprimidas”. Tal concepção como coloca a autora, tem relação de estreitamento às participantes deste estudo, mulheres idosas e negras no engajamento para envolver-se em projetos pessoais e sociais que ressignifiquem suas angústias ao longo da vida.

Sendo assim, os lugares de gênero conforme a visão de Louro (2014) são instituídos e demarcados pela linguagem e não apenas pela ocultação do feminino, mas pelos diferentes adjetivos conferidos às pessoas e analogias e os gêneros usa os mecanismos relacionados à raça, etnia, classe e sexualidade. Tal dimensão, não poderia deixar de abranger os quatro fatores pertencentes a gênero, pois estas mulheres possuem em seu contexto se não todos, pelos menos dois fatores que se imbricam nas relações de gênero.

A ampliação deste horizonte encontra na subcategoria 2 a expressão do ver percebendo-se em potencialidades nos questionamentos sobre o sexismo.

- **Subcategoria 2:** A mulher não pode e o homem pode? Percepções sexistas de gênero.

P1: *“Marido não me deu nada! Raparigueiro, ele ficava lá com a presinha tal dele. Eu tô feliz, criei meus filhos, todo ano paria! Foi aí, também Deus me ajudou que eu, tomei conta de minha casa, aí ele pegou rapariga. Falei sabe de uma, eu vou tocar minha vida! E aí, ele era tratorista, saía e levava quatro, cinco meses sem vim em casa. Quando ele pareceu, ele chegou com uma doença, doente, aí operou, cortou o fêmur três vez. Aí, depois o Dr. me falou que eu deixasse ele com a vida dele que ia chegar um tempo que ia sair um tumor no rumo (retal) e aí não tinha como. E aí não sei, pegou uma rapariga lá pro lado dos Quatro (bairro Km 4) e foi pra lá. Fiquei com meus fi, né? Até hoje”.*

P10: *“[...] a mulher sofre mais do que o homem [...] a mulher às vezes cuida do homem e o homem não cuida da mulher, muitas vezes a mulher morre e o homem não tá nem aí [...] o homem morre e a mulher entra em desespero [...] Aí, eu dizia: Eu queria ser um homem [...]*

*por que doente assim, eu digo: Ó meu Deus do céu se eu fosse um homem, se eu tivesse um homem que [...] soubesse fazer as coisas ou pudesse fazer as coisas pra mim dentro de casa ou se eu fosse um homem eu tinha uma mulher que cuidava de mim [...] eu queria ser um homem [...] talvez eu fosse um homem não sofria tanto [...] eu sempre fui criada na rédea [...] de casa [...] pai e mãe. Mãe morreu, pai morreu, mas eu fiquei [...] nunca disse: [...] eu podia tá hoje com um casamento mal feito [...] eu acho assim [...] por causa de doença [...] a gente quando tá doente tem que se virar sozinha dentro de casa, sendo mulher e se fosse homem, não! Por que trabalhava, tinha tudo que podia ter e podia ter uma mulher que fazia as coisas [...] eu não, tenho que fazer! Eu sou mulher, tem que fazer [...]*”.

As P1 e P10 trouxeram importantes contextos e concepções de que a mulher ainda se depara com a obrigatoriedade em realizar as atividades domésticas, mesmo ela estando com a sua saúde afetada, porque o homem culturalmente não se ocupa com este tipo de atividade delegando este papel unicamente a mulher. Outra questão trazida de bastante pertinência as relações e desigualdade de gênero é que os homens não se mantêm em uma relação monogâmica, culturalmente envolve-se em uma ou mais relações extraconjugais e esse tipo de relacionamento sendo conduta de uma mulher – ela não pode de forma alguma.

Questões como estas nos fazem refletir que para o homem há ‘regalias morais’ e para mulher não ocorre. A mulher ela é mais cobrada por sua conduta e por quase todos os seus atos, além da ‘carga materna’ de não possuir mais uma identidade além da identidade de mãe, enquanto o homem assume a criança, colabora com os cuidados e arca com as necessidades da criança se assim ele optar em fazer. A lei não se estende a tanto e a educação cultural passada de geração a geração é responsável pelo homem adulto sexista.

A P1 ao dar luz a seus filhos albinos denominados de “gazo” foi acusada de traição a seu marido e seria colocada para fora de seu lar se o médico não fizesse a intervenção de conscientizar o pai acerca de questões genéticas.

O ser resiliente da mulher nos traz muitas reflexões diante da fala da P1, embora Spivak (2014, p. 50) nos chama a atenção de que: “no contexto histórico e na economia política do mundo atual, a função da família nas ‘relações sociais patriarcais’ é tão diferente e questionável”. Mas, a mulher ainda precisa se submeter a muitos enfrentamentos o que exige dela se tornar um *ser capaz* de superar suas angústias, vulnerabilidades, e, principalmente em relação às participantes que tiveram a experiência de maternidade em meio às peculiaridades do gênero mulher.

O sexismo percebido na vivência destas mulheres tem sido também um dos responsáveis por desencadear experiências desagradáveis e angustiantes em suas vidas desde a juventude até a vida adulta e para algumas até a atual terceira idade.

Butler (2015) afirma que:

[...] se a sexualidade é construída culturalmente no interior das relações de poder existentes, então a postulação de uma sexualidade normativa que esteja ‘antes’, ‘fora’ ou ‘além’ do poder constitui uma impossibilidade cultural e um sonho politicamente impraticável no próprio termo do poder (p.65).

Muitas mulheres conservam e sustentam alguns padrões de comportamentos constituintes do patriarcado, Akotirene (2020, p. 46) ressalta que: “não existe hierarquia de opressão, já aprendemos. Identidades sobressaltam aos olhos ocidentais, mas a interseccionalidade se refere ao que faremos politicamente com a matriz de opressão responsável por produzir diferenças, depois de enxergá-las como identidades”. É necessária a reflexão no sentido crítico a respeito das identidades de gênero para que haja quem sabe no futuro menos desigualdade. Desse modo, a coerência da incorporação da perspectiva de gênero se dá em focar as diferenças em prol da inclusão, se aplica tanto as diferenças entre mulheres e homens como as diferenças entre as mulheres (CRENSHAW, 2002).

- **Subeixo I:** Desafios de ser mulher-mãe em uma sociedade sexista.

P4: “[...] pode ter assim, não é que não tenha, né? [...] mas, assim não, isso acontece por que sou mulher, óh! [...] ter filhos, criar filhos e passar momentos difícil com os filhos [...]a gente passa por isso por que é mulher, passa por isso por que é mãe [...]o meu filho hoje [...] é uma outra pessoa [...] mas, eu já sofri muito [...] com ele [...] vivia nas drogas [...] só por ser mãe, ser mulher mesmo! Por que homem não passa [...]”.

P2: “Eu já tive, muita dificuldade [...] tinha sete filhos, largada do marido, trabalhava na lavanderia pra criar os fi. Com pouca veio uma penomunia, parei de trabalhar! E aí fiquei no outro mundo [...] sem saber, nem pra onde, o que era que eu ia fazer da minha vida. Foi depois disso que teve a dificuldade. Eu lavava de ganho é de lavanderia. Sofri, sofri um bucado de escadinha de fi. Óh, tudo pequeno! É, tive dez fi! Dez, quatro muler e seis homens [...] todas as muler não é toda, passa por dificuldade, né? E quer dizer se foi à vontade de Deus, eu não acho assim, sei lá, tinha que passar por isso mesmo! Tem né, que agradecer a Deus por tudo! E eu creio quando não é todas as muler, mas tem muitas muler que sofre e cada qual tem um sofrimento né, mais do que o outro? Mas, eu graças a Deus, eu venci!”.

P5: “[...] eu também levei onze anos de casada pra ganhar os meninos. Por isso que eu sou velha e os meninos é novo! Ora de ser meus netos é meus filhos [...] eu tinha vontade e queria [...] foi problema, São Paulo, Conquista, esses lugares tudo me desenganou [...] fiz campanha de oração e Deus me deu [...] É, útero infantil [...] tirei cisto do ovário [...] depois de três anos que eu tirei o cisto eu engravidei [...] eu era louca pra ser mãe [...] eu criava um menino sobrinho do meu marido [...] no começo era dificuldade [...] eu chegava na igreja e tudo. não era mãe! (deixou transparecer uma frustração nesse lugar de não ser mãe, porém a opinião das pessoas e a visão da igreja parecia incomodar significativamente) mas, depois que tive meus filhos [...] minha felicidade é eles [...] por que tinha gente que criticava, né? [...] criticava por que tinha dia das mães: você não é mãe! (pausa/silêncio) dava (se refere ao

*presente de dia das mães) por que eu criava o menino, essas coisas [...] mas, eu ser mãe, eu era louca mesmo pra ser mãe [...] eu já falo na alegria de ser mãe [...] os meninos diz que quando pensa que não, eu já tô contando essa história [...] eu não importava, não na época! Não importava não, por que era tudo brincadeira [...] eu enfrentava por que todos oravam por mim [...] me ajudava [...] a alegria foi tanta [...] eu não sei nem contar [...] meu marido foi mais do que eu [...] lembro de uma história que Deus ouviu e [...] me deu meus filhos. Além de ser os filhos é perfeito, um bom casamento, graças a Deus por isso [...] assim na saúde [...] no começo o menino foi doente! No ser, umas pessoas tudo religioso. Não me deu trabalho com as coisas do mundo! Um bom casamento, então é isso!”.*

A maternidade na visão das participantes mostra-se como uma experiência única e de muitas angústias, mas também de resiliência. Para algumas mulheres a maternidade as caracteriza, sobretudo, como gênero feminino. Porém, é uma experiência desejada por quase todas as mulheres com exceção de uma, a P7 que não manifestou o desejo de ser mãe: “[...] não tive sorte de ter filho [...] se botar na minha porta eu pegava pra criar [...] Fiquei até sem preocupação todo mundo quer ter filho, ter filho. Ter filho, sem motivo”.

Mattar e Diniz (2012) enfatizam que a experiência de reprodução e de sexualidade da mulher serão constantemente atravessadas pelas relações de poder. A sexualidade e a reprodução podem ser experienciadas com suporte social que varia entre mais ou menos, tendo a possibilidade de serem uma vivência de empoderamento e concretização, mas também de rebaixamento e impotência.

Diante deste contexto, a mulher em sua particularidade tem uma sobrecarga emocional ao ser mãe, conforme foi colocado pelas participantes. Uma delas a P5 sentiu-se na ‘obrigação’ de engravidar e ter um filho, pois diante de sua religião a mulher deve se casar e dar filhos ao seu marido. Porém, precisou realizar tratamentos de fertilização e enquanto enfrentava tal situação esteve exposta a visão das pessoas de sua religião que a tinham como uma mulher “infértil”. No relato da P5 é válido ressaltarmos que uma pessoa do gênero masculino não sofre estigmas por não conseguir ser pai ou mesmo de não ter o desejo de paternidade.

Nesse sentido, para César, Loures e Andrade (2019):

A maternidade é uma questão sobre a qual todas as mulheres, em algum momento de suas vidas, irão refletir. Tanto as mulheres que desejam ser mães como aquelas que não desejam, sofrem algum tipo de cobrança social acerca da maternidade. Por motivos diversos (culturais, sociais e históricos), ser mãe tornou-se algo compulsório, de modo que muitas mulheres sentem-se culpadas por não desejarem um filho ou por, mesmo desejando, terem dúvidas e medos com relação a serem mães (p. 68).

O fato de P7 não ter o desejo de ser mãe reforça as doutrinas de sua religião, pois servir a Deus e praticar os votos de castidade é o pilar mais importante. Enquanto P5 sentia-se em ‘débito’ com a sua doutrina por não conseguir engravidar e tornar-se mãe, pois há o seguimento bíblico da família multiplicar seus membros. Entretanto, as demais mulheres poderiam de certo modo se encaixar aos moldes da ‘maternidade compulsória’ ditada para os ideais políticos, culturais e religiosos. Apesar que, muitas vezes não era o objetivo da mulher ser mãe, mas por ser uma ‘regra social’ e por ter sido ensinada que deverá ter filhos e manter o seu casamento a obrigatoriedade acaba se fazendo presente.

Mas, para Mattar e Diniz (2012):

[...] a opção pelo não-exercício da maternidade, como aquela opção (portanto, voluntária) pelo seu exercício de forma segura, socialmente amparada e prazerosa, estão vinculadas ao exercício de direitos humanos, individualmente e na sua integralidade. Destarte, é possível concluir que quanto menos as mulheres exercitarem seus direitos humanos em geral, e os reprodutivos e sexuais especificamente, em piores condições vivenciarão o exercício da maternidade ou arcarão com as consequências da falta de respaldo do Estado e da sociedade. Isso é válido qualquer que seja sua opção: exemplo emblemático é a difícil escolha entre o aborto inseguro e a maternidade forçada (MATTAR; DINIZ, 2012, p.112).

Evidenciou-se na pesquisa a percepção das mulheres sobre *si* tanto de forma explícita como implícita e como se sentem na terceira idade, mas refletiremos sobre as gerações destas mulheres e seus avanços civis, assim como, da saúde reprodutiva ou do planejamento familiar. De fato, o sabido sobre a condição econômica da mulher lhe dá melhor acesso à saúde, desde quando decida não ter filhos até uma gravidez de alto risco.

- **Subeixo 2:** Os desafios impostos pelo sexismo encontram a frente à força da mulher

P1: *“Por que tem umas pessoas que repila a gente por que a gente não pode dar um murro, não pode dar um tapa, por que a gente é mulher! [...] Eu mesmo tenho um vizinho que eu já falei com ele mesmo se eu fosse um homem eu já tinha matado ele. Ele é discarado. [...] Sendo mulher eu não faço por que sou mãe. Além de eu não poder por que sou mãe, sou vó, eu tenho minha, eu tenho responsabilidade [...] eu não posso ir pra cadeia!”*

P1: *“[...] meu casamento quem pagou foi eu! Eu paguei meu casamento! Meu vestido eu fiz dois vestido. Um foi a minha patroa que me deu e o outro quando eu só casei no padre quando eu fiz um vestido, casei na igreja fiz um vestido. Meu sapato era[...]de plástico. Eu lembro como hoje! Eu comprei um sapato de plástico, todo furadinho, preto! Casei lá no Mandacarí, ainda paguei [...] aí eu trabalhava na prefeitura [...] meu pai num, não me deu nada [...]”*

P2: “[...] eu sou uma mulher assim, eu sou dessa idade. Mas, tudo que resolve aqui dentro de casa sou eu. Eu me sinto uma pessoa forte e guerreira pela a minha idade e ser mulher [...]”.

“[...] eu trabalhava aqui (se refere ao município de Jequié) não tinha moradia certa, por que eu ainda morava em casa dos outros. Pra mim ter essa casinha aqui [...] sofri muito com a barriga com a menina caçula, carregando água na cabeça, passando necessidade, meus filhos tudo pequeno. Eu não tinha emprego, o meu emprego era lavanderia [...] agora dizer que eu sofri, sofri minha irmã com um bucado de criança. Chegar nos quatro cantos, chegar em casa só tem aquele pouquin de comida pra crianças, e eu dormir com fome, teve um dia que eu dismaiei na lavanderia [...] quando eu passei pela dificuldade [...] me mexeu muito. Eu chorei muito, bastante! Fiquei muito triste, sofri muito mesmo. Muito, muito eu sofri, me sentia mesmo assim, sei lá (...) eu me sentia assim, humilhada das outras colega, das outras vizinhas [...] eu sentia assim de eu, que as outras tudo e eu era a mais carente [...] quando eu mudei pra aqui eu fui humilhada, mudei muito [...]”.

P3: “[...] vontade de sair, pegar e sair [...] de ir pra roça! Por que lá eu planto, eu vejo minhas coisas lá de plantação [...] vou dirigindo e volto dirigindo. Tenho carteira atualizada, eu tirei, renovei agora tem dois meses ou três meses [...] eu sempre dirigi! Aprendi a dirigir com 18 anos. E por incrível [...] que pareça foi meu marido que me ensinou. Ele me deu o carro dele! E se era possível, eu era! Agora pra dirigir na estrada assim, eu encontrei rejeição [...] ah, mulher não dirige assim na estrada, tem que ser com um homem, não sei o quê [...] agora não, agora isso não existe mais! Mulher dirige aí sozinha, vai e volta pra todo canto [...] ele deixar eu dirigir e me ensinar. Pra mim, foi muita coisa, né?”.

“[...] eu tenho enfrentado com a ajuda da minha psicóloga que [...] equilibra meu emocional, meu psicológico! Conversano, me ouvino [...] eu tenho conseguido muito! Quando eu saio, eu saio confortada! Ter uma pessoa pra me ouvir e não me cobra nada. Só faz me ajudar, dando o seu tempo, isso é muito importante na vida das pessoas! Principalmente do idoso. O idoso tem muita dificuldade nas suas limitações. Eu quero fazer as coisas e não consigo [...] é muito incômodo [...] não me entrego, não [...] quando às vezes vem um problema, aí atinge, dá um baque danado! Mas, a agente segura, tem como se apoiar em Deus em primeiro lugar, na psicóloga que ajuda muito, muito, muito [...] e ni um e outro de acordo Deus vai botano no caminho!”

P4: “[...] praticamente eu faço tudo. Meu marido aqui em casa, não sabe quanto custa um bujão [...] ele me dá o dinheiro, mas quem vai as compra sou eu, ele não faz feira de mercado [...] se é pra pagar a TV é eu que vou, se é pra pagar o carro dele é eu que vou! Tudo é eu, então assim, muita coisa que deveria fazer [...] eu tava até conversando [...] eu até me sinto culpada por isso, que muita, muitas coisas que eu deveria ter deixado pra ele como homem assumir que não competia pra mim e que eu tomei e [...] hoje é, muitas vezes eu tenho que tá [...] tem um conserto de um banheiro aqui que tá vazando [...] aí ele: [...] tu chama o pedreiro e manda arrumar aquilo ali. E quem é o macho da casa é tu ou eu? [...] então, assim, coisa que eu tomei pra mim, né? Que não deveria ter tomado. Isso era coisa dele. Só se eu não tivesse marido, né? Era coisa para ele fazer, né? Mas, eu, eu vi que foi eu que errei lá atrás, há quarenta e poucos anos [...]”.

“[...] eu me sinto mulher, por que como diz “mulher é o sexo frágil, né?”, mas tem tanta coisa que a gente pode fazer mesmo dentro [...] desse sexo frágil a gente pode fazer muita coisa. A gente só não vai se igualar ao homem, por que não tem comparação, né? [...] eu na verdade, eu sou uma mulher, mas aí meu marido fala que eu sou uma mulher (risos) com cara de macho, com ação de macho por que eu sou uma mulher, mas eu sou uma mulher que



*eu faço muita coisa! Se for pra subir naquele telhado alí e telhar aquela casa eu vou lá, eu subo eu faço. Se for uma massa de pedreiro eu faço. Aí, ele fala: [...] Ave Maria, tú é uma mulher com aspecto de homi! Age como homi, por que tudo que o homi faz, tú quer fazer [...] aí, ele reclama isso, né? É a muler macho, muler macho! Tudo que o homem faz, tú acha que tú pode fazer, tú vai lá e faz também”.*

P8: *“[...] eu fiquei doente, fiquei doente psicologicamente [...] síndrome do pânico, ansiedade [...] as mãos eu não conseguia [...] eu vivia assim [...] tremendo que foi exame, que eu fiz tanto exame pra ver se eu tava com (interrompeu a sua fala) até exame pra ver se eu tava com Parkinson eu fiz [...] foi tanto exame [...] eu tinha um negócio aqui um bolo na garganta que minha voz não saía. Eu fui em vários médicos [...] quando foi ver o psicológico doente [...] aí, foi quando reuniu a minha família e me botaram no canto da parede pra eu abrir o jogo de muitas coisas que [...] eu passava, que a minha família não sabia! E eu comecei a contar algumas coisas! Eles falaram não, você não vai ficar bem assim, não! Por que você (interrompeu a sua fala) minha irmã olhou logo pra mim e falou: [...] tu a gente olha pra tu e não vê mais o brilho no teu olhar [...] só vê tristeza [...] sorriso no teu rosto a gente não vê mais [...] o quê que tá te segurando nesse casamento? [...] nada [...] quer sair? Quero [...] minha família [...] foi que me tirou [...] eu não tinha forças. Não tinha, não sei! Eu não sei por que me prendeu [...] tantos anos de sofrimento que eu não tinha forças pra sair. Não achava força nenhuma pra sair (interrompeu a sua fala) ele me ameaçava, eu tinha medo, sabe? [...] com ajuda de meus irmãos [...] eu falei não, eu não quero mais isso pra mim! Não quero passar mais por isso [...] eu saí [...] tô bem agora, graças a Deus! Tô ótima, tô outra pessoa (risos)”.*

P9: *“O que [...] me produziu sofrimento? (emocionou-se neste momento) foi meu filho [...] fazer besteira [...] eu me chatiei muito, fiquei muito triste [...] abalada [...] eu me senti incapaz [...] achava assim que eu errei ni alguma coisa [...] na educação, entendeu? [...] depois parei pra pensar e conversei bastante com Deus [...] aí, eu me saí rapidinho. Não me entreguei muito, sabe? Por que muitas vezes, você tem um baque, você fica frustrado, você fica triste! Fiquei, eu não vou negar que eu não fiquei triste, mas foi coisa assim [...] passou de uma semana, passou, entendeu? Aí, pronto! Passei [...] uma duas noites sem dormir, preocupada [...] eu fiquei com muito medo [...] depois [...] resolvemos tudo [...] foi um momento muito difícil [...] graças a Deus superei [...] no momento me afetou muito ni muitas coisas. No psicológico [...] Afeta (interrompeu a sua fala - teve resistência em falar sobre) é assim, tanta coisa [...] mas, passou [...] melhorou já [...] não afeta mais, não!”.*

Encontramos em muitas falas a predisposição à reação humana perante os desafios e violência sexista como um fator predominante entre as participantes, ou seja, em sua grande maioria as mulheres recomeçaram suas vidas e buscaram qualidade de vida.

[...] acreditarmos que ampliar o conhecimento acerca do estresse e resiliência pode conduzir ao estabelecimento de alternativas de cuidado mais efetivas e congruentes com a realidade de vida das mulheres acometidas pela DM2, promovendo-se a redução de danos, assim como uma melhor adaptação às mudanças inerentes ao tratamento (SILVA *et al.*, 2020, p. 98).

Diante de todas as falas a P8 mais uma vez contempla a temática, sendo que diante de vários contextos o seu revela maior sintomatologia, violência mais intensa e maior sofrimento. Porém, P3 declarou estar em acompanhamento psicológico no Niefam, relatando alguns sintomas que parecem estar sob controle no momento, diante de sua narrativa.

O CFP (2013, p. 61-62) elenca as diretrizes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a prevenção à Saúde Mental de pessoas idosas:

Dar atenção especial ao aumento de depressão e tendência suicida devido à perda e ao isolamento social; Dar atenção especial aos idosos com deficiência intelectual de longo prazo; Apoio integrado ao indivíduo e à família; Prevenir a iatrogênese (doenças e deficiências causadas pelo processo de diagnóstico ou tratamento); Estabelecer um sistema adequado para prevenir reações medicamentosas adversas devido à frequente presença de comorbidades; Orientar os familiares e/ou cuidadores em relação a opções de habitação para os idosos, que eliminem as barreiras físicas para sua independência e interdependência dos familiares; Incentivar a participação integral do idoso na comunidade e na vida familiar; e Estimular uma imagem positiva do envelhecimento através de informações educativas sobre o envelhecimento ativo e confrontar estereótipos negativos sobre o envelhecimento (CFP, 2013, p. 61-62).

Assegurar os direitos constitucionalmente adquiridos nomeadamente com o SUS e como descritos nas diretrizes da ANS ao alcance da efetividade dos cuidados à saúde mental enlaçada na inteireza do ser e em sua globalidade ao alcance do processo de envelhecimento.

- **Subcategoria 3:** A (re)construção cotidiana do ser mulher, resistência e resiliência.

*P1: “Já sofri muito e sofro até hoje (...) já sofri eu catando adobo e o povo me chamava de doida (...) me chama de lixeira (...) é por que eu cato latinha (...) eu criei meu neto vendendo lixo (...) eu sei que eu vendo lixo. Mas, o dinheiro, o dinheiro vem do lixo. Eu fico revoltosa, quando me chama de doida (...).*

*“Hoje depois de ser mãe de neto. Foi depois disso foi de cinquenta anos pra cá, foi que eu vim aprender, né? Já os sessenta anos quando eu vim aprender a conhecer dinheiro, foi que eu vim aprender a fazer o meu nome [...] hoje que, os meus filhos, tornou me ensinar, os meus netos”.*

*“Quando eu fui me entendendo por gente, era, não tinha cama, era um balaio e aí, a mulher que me criou me carregava pro mato, pro café, fui criada lá mordida de formiga, mordida de cobra é esses negócios assim que eu posso dizer [...] fui queimada de fogo, foi isso! [...] aí só tive sofrimento, quer dizer, aborrecimento que a gente não sabe. Não tive escola, né? Não tive nada. [...] hoje que, os meus filhos, tornou me ensinar, os meus netos [...] aí, vai vim aquele pensamento ou na hora quando mesmo eu falo aqui [...] proveita! Proveita que tua vó tá te dando. Por que tua avó não achou. Falo isso direto, falo para meus filhos [...] eu sei trabalhar de enxada, de facão, carrego farinha, manda plantar um cacau que eu sei! Manda plantar mandioca, eu sei! Manda eu mexer uma farinha, eu sei! Torrar um café, eu sei! Lavar uma roupa, eu sei! Botar um feijão no fogo, fazer um bolo, um suco, eu sei! Agora manda eu pegar na caneta, eu não sei! Eu pegar um ônibus pra ir pra outra cidade, eu não sei [...]”.*

P6: “[...] a dificuldade que eu tenho é não escrever bem, mas também [...] até o banco eu tive e lutei com bastante e passava cheque [...] fazia tudo [...] nunca foi, nunca tinha negado. Então, isso eu não tenho, ninguém nunca assim, olhou pra mim e disse [...] você é analfabeta chega pra cá ou chega pra lá, não! Qualquer tipo de festa, qualquer é sociedade de bem, eu nunca vi [...] uns olhos mal olhado, não [...] foi uma decisão minha (se refere ao fato de não ter estudado) os meninos briga muito, por que assim [...] todos são formado, todos [...] uma com uma formatura, outro com dois, outro com três [...] e fala: minha mãe a senhora com a letra dessa? Não sei o quê [...] eu tenho um garoto é o que mais [...] questiona: minha mãe [...] a senhora precisa estudar! Eu falei: ôh, meu filho eu já tô chegano nos sessenta ano e agora pra quê mais? Eu já vivi até agora, não estudei, nunca tive dificuldade de ir em canto nenhum [...] agora eu não quero mais [...]”.

P10: “[...] eu nunca tive diferença nenhuma, não! A única coisa que [...] eu sentia diferente assim [...] o povo só me procurar por eu ter a perna inchada: por que a senhora tem esse problema? [...] Eu dizia será que as pessoas tá ingnorano? Eu digo [...] isso aqui é erisipela, circulação de sangue [...] eu não achava que os outros se sentia mal com essas coisas [...] às vezes eu pegava e vestia calça cumprida pra não mostrar a perna inchada. Depois falei: Óh, tá na mãos de Deus, eu não tenho mais problema! Quem quiser me ver inchada, me veja! Quem não quiser não me veja [...] também ninguém criticava, só perguntava [...] derda de quase trinta e poucos anos [...] a gente se sente um pouco incomodada [...] por que a pessoa perguntar um defeito de outro assim, a gente sente incomodado, mas era só aquela hora também. Passei a usar calça, depois eu tirei e costumei. Pode perguntar, diga doente [...]”.

A resistência destas mulheres permanece na reconstrução de si cotidianamente. Bosi (1996, p. 11) sustenta a seguinte definição: “resistência é um conceito originariamente ético, e não estético. O seu sentido mais profundo apela para a força da vontade que resiste a outra força, exterior ao sujeito. Resistir é opor a força própria à força alheia. O cognato próximo é in/sistir; o antônimo familiar é de/sistir”. Conforme tal conjuntura do termo as participantes desta pesquisa não esboçaram em algum evento de suas vidas um comportamento oposto a este, sendo que o empoderamento dessas mulheres faz jus à compreensão tanto da ‘resistência’ quanto da ‘resiliência’.

Diante de tantos enfrentamentos, estes, relacionados a gênero e muitas das vezes a classe social, por meio das desigualdades pode compreender o empoderamento como:

[...] o processo capaz de incrementar a autonomia e independência em sujeitos (individuais ou coletivos) que historicamente foram inferiorizados, discriminados, excluídos, marginalizados, oprimidos, submetidos à dependência. No empoderamento, esses sujeitos passam a expressar, a adquirir, desenvolver, acumular e exercer habilidades, sabedorias e formas de expressão, a utilizar destrezas ou tecnologias próprias ou acessar novas tecnologias, conquistando, assim, maior presença nos espaços de decisão política (BRASIL, 2004, p. 27-28).

O empoderamento caracteriza-se especialmente, como pacífico e positivo, não possui orientação de dominação de outras pessoas. Tem o objetivo de mudanças orientadas mediante a justiça, hierarquicamente nas relações sociais, para benefício da qualidade de vida e democracia ao alcance coletivo. A partir disso, dizer que uma mulher é empoderada nos traz a dimensão histórica da palavra, sua origem está entrelaçada a narrativa da população negra e acima de tudo as mulheres negras na aderência às questões étnicas.

E assim, ao falarmos de resistência temos presentes nas narrativas destas mulheres vastos exemplos de luta e resiliência ao longo de suas vidas.

Sabe-se que,

Na passagem da década de 1970 para 1980, pesquisadores americanos e ingleses voltaram sua atenção para o fenômeno das pessoas que permaneciam saudáveis apesar de expostas a severas adversidades. Chamaram inicialmente essas pessoas de invulneráveis e o fenômeno, de invulnerabilidade, como o termo que seria mais tarde substituído por resiliência (BRANDÃO; MAHFOUD; GIANORDOLINASCIMENTO, 2011, p. 263).

A invulnerabilidade citada se faz presente parcialmente na realidade das mulheres deste estudo, pois, a vulnerabilidade social, conforme Carneiro e Ayres (2021), expõem três dimensões:

- **A individual** - certifica aos fatores próprios da pessoa e suas interações com os demais que se estende a condição de saúde inclusive, os valores e estilo de vida relativo a si mesmo.
- **A social** - confere a aspectos contextuais separados da primeira dimensão, como exemplo as relações de gênero, acesso à saúde, relações raciais, educação, justiça e profissão entre outras.
- **A programática** – verifica os diagnósticos de vulnerabilidade destacando-se as instituições que atuam como elementos que reduzem, reproduzem ou expandem a situação de vulnerabilidade dos indivíduos em dadas circunstâncias sociais.

Diante do exposto, reconstruir-se enquanto mulher tem sido uma árdua tarefa, porém necessária, segundo grande parte dos relatos emergidos a partir desta pesquisa. A complexidade do *ser* mulher torna-se cada vez mais conturbada à sociedade que ainda não alcançou o entendimento ‘massivo’ de que a diversidade humana necessita de atenção e cuidados peculiares à dignidade existencial.

**6.3.3 Categoria 3:** As condições de ser mulher e as vicissitudes entre a vulnerabilidade psicofísica e os desafios à integralidade de atenção no Sistema de Saúde.

P1: “A gente nem lembra o sofrimento que a gente passa. A gente já sofreu com filho e doença, sofri muito. Eu nem gosto de lembrar [...] se não me aborrecer, eu fico numa boa [...] agora se me aborrecer eu estresso [...] se ninguém não dizer nada, como eu to aqui, eu não to estressada em nada [...]”.

P2: “Meu corpo e minha saúde assim da cabeça não tá muito boa, não! Por que eu sinto, tem vez que eu durmo, acho que eu durmo [...] levanto com aqui doendo (refere-se à tensão na região da nuca)”.

P3: “[...] a preocupação atinge o emocional, aumenta a pressão, aumenta a diabete essas coisas, né? Você fica, sai do controle, você sai do equilíbrio por que o diabete descompensada, pressão alta, tem que tomar chá. Aí, tem que parar, fazer o controle pra puder normalizar. Desabafa com a psicóloga, liga para a psicóloga, essas coisas, aí ajuda ([...] neste momento estou bem, graças a Deus! Agora, eu sou muito esquecida [...] tomo remédio [...] pro esquecimento”.

P8: “No momento, eu considero ela instável! Por que eu já tive pior, sabe [...] já tive uns problemas psicológicos [...] e isso desencadeou é depressão, ansiedade e síndrome do pânico [...] outros problemas de saúde junto [...] por que desencadeia muita coisa”.

P10: “Minha saúde tá um pouco pesano, por que eu to sempre doente [...] todo dia to no médico [...] tomando remédio [...] só tenho alívio quando tomo remédio”.

P4: “[...] constrangimento [...] a gente é muito humilhado nesses lugares [...] tratado com indiferença pelos próprios funcionários. Então, aí no mínimo é tratado com indiferença. A gente pergunta, quase eles não respondem, respondem quando quer. Então, eles trata aí, o tratamento deles aí, fica a desejar [...] eu tô com uns nódulos nas costas [...] que já tem não sei quanto tempo [...] agendado esperando me chamar pra mim tirar [...] até hoje não me chamaram ainda [...] a gente tem muita dificuldade! É, nossa pra conseguir agendar exame, então [...] os cuidados de saúde são poucos! Deveria ser mais, são poucos. O centro de saúde oferece [...] pouco pra gente, muito pouco. A gente deveria ter mais: ser mais bem recebida, ter mais médico, as enfermeiras tratar a gente com mais dignidade, né? Mais carinho, por que elas fazem isso não é só comigo não [...] me sinto mal com isso, quem não se sente, né? A gente ainda vai perguntar uma coisa, tirar uma dúvida, já vai temerosa de receber uma mal resposta.

P5: “[...] vai marcar é a maior dificuldade. Quando é coisa de urgência [...] ele leva logo (se refere ao filho) [...] agora mesmo, eu tava com pressão alta ele me levou pra Doutora (se refere a rede particular)”.

P7: “Muito. Por que você vai tem uma coisa e você não tem! Ou se não, volta amanhã. Vai lá: “Ah, hoje ele não veio!”. É assim, eles estão tudo por fora eles mesmos lá [...] é má vontade que tem! Não sei se é cansaço ou se é de tanto ver a cara das pessoas [...] a gente sente um pouco mal, né? Por que tem que ser bem atendido [...]”.

P8: “A gente fica um pouco assim constrangida [...] devido a dificuldade [...] encontrar o que a gente precisa, o profissional ([...] por exemplo mesmo o serviço de ginecologia eu já acho

*mais difícil [...]tem coisa que se torna difícil pra gente conseguir no posto de saúde [...] não é cem por cento, não [...] tem um pouquinho de dificuldade pra gente conseguir alguma coisa aqui no serviço público! É assim, o atendimento: então, a gente vai, marca pra gente um dia, no outro vai, a gente não consegue o que quer. Eu mesmo tenho um exame agendado [...] de dois mil e dezenove, nunca me chamaram [...] é difícil! Se for depender [...]é difícil! Muito difícil”.*

*P9: “A gente se sente assim [...] tem dificuldade, né? Por que muitas vezes você vai não tem aquilo que você quer [...] sinto dificuldade [...] assim vários exames. Por que muitas vezes o posto [...] não tem [...]eu acho difícil isso aí. Difícil e demorado [...] é tanta coisa! No mais é marcação de exame [...] pra pagar, (se refere a pagar alguém pra ficar na fila da UBS) marcar um exame é ruim. Demora!”.*

*P10: “[...] na Ana Júlia quando eu fui [...] pra olhar a pressão, não tem como. Você vai hoje, não tem quem olha. Amanhã vem, não pode. Aí, eu deixei! [...] por que ia e não tinha atendimento [...] me sentia mal! Eu fui fazer [...] uns exames [...] lá eu não consegui. Fui ni três posto aqui pra poder conseguir. E lá não consegui, só consegui uma vacina e as outras foi fora, nos outros postos de saúde [...] quando a gente chega tem que ter muita paciência pra poder ser atendida. Os exames quando consegue, quando não tem médico, não tem previsão de quando vai ter médico pra mim é dificuldade [...] no ato que eu fui fazer, fui tirar a pressão, que eu não fui bem acolhida por que às vezes tinha a pessoa pra olhar, outra vez não tinha. Eu saí um pouco chateada”.*

É de extrema importância observar que o contexto de vida em suas múltiplas realidades narrados por estas mulheres encontra-se de forma desigual e indigna muitas vezes. De acordo com Carneiro e Ayres (2021), a não aderência às prescrições é vista como uma das principais dificuldades no cuidado à saúde das pessoas idosas. Mas, fatores como: crenças, analfabetismo, baixa condição socioeconômica, desconhecimento ou esquecimento fazem parte da dificuldade de aderência. Neste particular, quando se falar em aderência é preciso que o sistema de saúde tenha em observância o débito social em decorrência do histórico escravocrata do Brasil, que para o seguimento idoso é ainda mais impactante, pois lhes fora tirado às oportunidades de acesso a bens e serviços. Aqui, colocando o foco na faixa etária das participantes em sua transversalidade a períodos ainda mais sombrios que o atual em relação a direitos igualitários e universais às pessoas no país.

Trata-se de vulnerabilidades que enlaçam a população negra, evidenciadas em pesquisa como da PNAD (BRASIL, 2015) e também, em demais pesquisas no cenário brasileiro, sobre questões étnico-racial e potencial de pertença racial com as relações sociais e as condições de cada pessoa no rol da sociedade (MADEIRA; GOMES, 2018).

O acesso à saúde é um direito constitucional e deve-se fazer de forma equânime, integral e igualitária, trata-se de princípios do SUS. Porém, é revoltante constatar nas

narrativas das participantes deste estudo o modo como se sentem e são tratadas por profissionais da UBS, sobretudo, no quanto a forma de tratamento compromete a sua saúde.

O fato das P3 e P8 relatarem sintomas identificados como pertencentes a um quadro de doença mental e psicológica (depressão no primeiro caso e ansiedade no segundo) denotam que a falta de acompanhamento psicológico e de saúde mental adequado na atenção em saúde primária é fundamental para o não agravamento da doença.

Para além da saúde mental é importante observar que:

A definição de saúde mental ou saúde psíquica é ainda mais complicada pois além de estar diretamente vinculada à questão do normal e do patológico envolve a complexa discussão a respeito da loucura e todos os estigmas ligados a ela. A atribuição de um diagnóstico psiquiátrico a uma pessoa significa, na maioria das vezes, colocá-la num espaço que pode ser iatrogênico (GAMA; CAMPOS; FERRER, 2014, p. 72).

Dessa maneira, o olhar sensível sobre ambas as participantes P3 e P8 se expande a totalidade em estudo, ressaltando que em diferentes momentos da pesquisa ao relatarem o estar sendo acompanhadas no Serviço de Psicologia do Niefam, e neste, o acesso ao cuidado à saúde mental foram ajudadas em suas necessidades diante dos desafios à integralidade de atenção no Sistema de Saúde local.

Segundo Souza e Rivera (2010) a inclusão de ações em saúde mental na ABS possibilita entre outros benefícios, contornar as fronteiras instáveis de modo à integralidade dos cuidados em um percurso que seja de inclusão e não a caminhada a um lugar de exclusão.

O cenário desafiador ao acesso ao acolhimento em saúde mental na ABS mostra-se como uma barreira a ser ultrapassada, pois se configura como um estado de exposição à vulnerabilidade das pessoas, a exemplo das participantes deste estudo, e como destacam Madeira e Gomes (2018) as demandas não acolhidas no acesso às políticas públicas de proteção social e o preconceito evidencia exclusão, sendo estas mais um afrontamento ao direito de acesso a bens e serviços que devem ser eliminados de todos os sistemas.

#### **6.3.4 Categoria 4:** A etnicidade expressa na religião, um espaço de encontro

P2: “[...] eu católica, eu me sinto bem. Agora, tem muitos de outra religião que disfaz muito da gente católico. Não é todos é, mas tem uma igreja aí que disfaz muito dos católicos [...] eu me sinto muito bem e eu também visito as igrejas evangélicas que [...] minhas fia [...] mulher [...] tudo é da igreja evangélica [...] eles falam vambora mainha, eu vou [...] não tenho preconceito com a igreja evangélica. Eu acho assim [...] a igreja evangélica, a igreja católica é uma igreja só. Eles que tem mudança de nome, mas o Deus é do evangelho é o

*mesmo Deus do católico, né? [...] tú sabe que dom Deus me deu? Jesus falou comigo? Tú vai pra igreja. E eu não ia pra igreja [...] nunca tinha tempo de ir pra igreja. Era lavação de ganho, lavava pra uma mulher no agarradinho, lavava na lavanderia, lavava pra outra nas casinhas [...] desse dia que eu fui pra igreja as portas se abriu. Tú credita?”.*

*P3: “Eu não sou uma católica radical, eu sou uma católica por herança de Jesus, não sou uma católica radical é como se diz que rejeita outras (permaneceu por alguns segundos em silêncio) eu respeito o ser humano nas suas decisões! Eu não tenho que julgar ninguém. Eu aprendo na minha, na minha mensagem de Jesus que, na minha bíblia que eu não tenho que, que (gaguejou) que julgar ninguém por que tá nisso ou tá naquilo, aí é uma questão dele lá com Deus, não comigo. Eu vejo como ser humano. Então pra mim, tá tudo bem! Cada um no seu cada qual [...] católico radical eles rejeitam muitas outras opções [...] de religião, mas isso não cabe a mim, dizer, nem julgar. Eu só falo de mim! A minha parte. Meu pai era espírita! Minha mãe era católica [...] minha tia era espírita [...] todo mundo aceitava todo mundo, minhas amigas sempre foi muito assim, não digo liberal, eu digo [...] não era libertinagem, mas era liberal [...] respeitava as pessoas como elas são. Eu acho que é muito importante isso”.*

*P4: “[...] ah, algumas coisas que o pessoal fala a gente tem que aprender a passar por cima [...] por que você é muito cobrado, quando você tem uma religião: [...] olha aí, te vi na igreja, mas isso [...] até em casa a gente é cobrado sobre isso: [...] Ave Maria, a senhora chegou da igreja agora, já chega falano [...] não só no sentido de reclamar, se tiver que reclamar, reclamo. Se for pra falar também eu falo [...] mas, por que eu [...] quando quero falar também, eu não guardo as coisas [...] outro dia desse o vizinho também me cobrou: [...] cadê, tu fez almoço? [...] tu não tem um prato de comida pra mim? Que mulher é essa e só anda na igreja [...] é uma brincadeira [...] mas a gente acaba sendo cobrada, né?”*

*P6: “[...] o mais que eu precisei da minha religião, foi quando a minha família estava toda acidentada, mas também não faltou ninguém pra dizer assim, na minha religião não veio me visitar! Nestes dias, fiquei de portas abertas [...] pra todas religião católico é evangélico [...] minha casa e eu, foi casa cheia [...] tempos de que meus filhos estava encima de uma cama dependendo de amigos e de vizinhos e de religião [...] eu lembro! Dos hospitais também, então, foi um momento difícil [...]”.*

*P7: “[...] os ambientes que eu ando [...] é tudo gente de religião católica [...] nunca vou nas outras igrejas. Agora eu não faço diferença também, não! Por que tudo é palavra de Deus! Aqui tem aquele [...] fotógrafo [...] me manda [...] um pastor que todo dia fala [...] eu tô pela cozinha eu vou ouvir. É tudo coisa boa [...] ele perguntou: você não se incomoda, não? Eu falei assim de quê? Que eu mando esses vídeos para a senhora? De jeito nenhum, pois é um prazer que eu também to ouvindo e a minha igreja ainda não botou assim [...] (se refere aos cultos on-line durante a pandemia) [...] o sofrimento que até hoje eu não esqueci foi quando veio à resposta do Papa que eu fui liberada, aquilo nossa, pesou! Por que eu não queria sair pra casar [...] só queria ficar lá dentro [...] foi por causa que ele tava insistindo demais e a irmã [...] se meteu muito na minha vida [...] que invés de me transferir [...] aceitou a licença do papa [...] e pronto [...] podia ter feito uma transferência [...] mas, não tô magoada [...] já aceitei [...] o tempo que eu fiquei lá foi muito bom [...] no início [...] a gente fica ainda invocada [...] por quê que saiu, o quê que aconteceu? [...] quer saber de uma coisa [...] estou nas mãos de Deus [...] ele me aceitou no mundo [...] no convento [...] na transferência [...]”.*

*P8: “[...] já tive muito em casa [...] com o ex-marido, né? Também ele me (ex-marido) [...] ele detesta [...] ele xingava, ele proibia de ir na igreja. Ele jogava a bíblia no chão. Ele*



*rasgava minhas coisas, ele xingava! Se tivesse algum evento na igreja ativamente fora eu não ia por que ele não deixava”.*

Das narrativas observa-se que duas crenças envolvem o processo de viver das participantes, a católica e a protestante, entretanto, o olhar perceber cuidadoso sobre suas narrativas faz identificar que a maioria transita entre diferentes espaços religiosos, e nestes espaços, tornam-se sujeitas a praticar ou a ser vítima de intolerância religiosa.

Entende-se por intolerância:

[...] o não reconhecimento da possibilidade de outra verdade, outros valores, outras preferências, sentimentos, gostos, expressões (religiosas, artísticas, culinárias...), formas de falar, de se vestir que não sejam iguais ou similares aos próprios. Contrariamente, a tolerância “é o respeito, a aceitação e a apreço da riqueza e da diversidade das culturas de nosso mundo, de nossos modos de expressão e de nossas maneiras de exprimir nossa qualidade de seres humanos (BRASIL, 2004, p. 25).

Houve uma fala da P2 relatando uma situação de intolerância religiosa e outra da P8 que relatou sua vivência intolerância religiosa com o ex-marido, cujo sofrimento, assim enunciou: “[...] *ele xingava, ele proibia de ir na igreja. Ele jogava a bíblia no chão [...]*”. Vivências e experiências como essa nos fazem refletir as fronteiras étnicas e as razões que dividem as pessoas e que causam guerras.

O ser sobre sofrimento se mostra diante da falta de respeito ao espaço do outro, do não estar aberto a perspectivar o eu espiritual que habita o outro, a aceitação sobre a liberdade de pensamento do ser-existir em suas escolhas. Tolerância, portanto, deve ser a ação ao que se é contrário, contrário à visão de mundo de quem ‘olha’, para o que se ‘olha’. A palavra ‘olha’ no sentido mais amplo de inclusão diante da alteridade ser, em um sentido não compreendido tão somente à ordem ética, mas política e jurídica na amplitude do *ser*.

Esta categoria nos remete a relevância da espiritualidade enquanto sentido e significância do contexto existencial-vivencial humano, pelo elo com o Divino, com o outro e com tudo o que o cerca. No contexto das ciências sociais e humanas a espiritualidade se mostra dando o tom, a cor, o ritmo, o compasso para as multiversas compreensões, discussões, encontros e desencontros. O transcendente que na espiritualidade se revela. O ser humano, o imanente, responde a esta Transcendência por meio de sua Fé. E na sua crença alicerça a esperança, que vai além da espera que algo aconteça, é o que conserva a fé em vida, a sustenta e a impele para frente (MOLTMANN, 2005). Disto, o que vimos a desenhar no existencial das mulheres negras, resistentes, resilientes deste estudo.

Vasconcelos (2009) entende que a espiritualidade reforça as dimensões inconscientes do ser onde os valores, motivações e sentidos da existência individual e coletiva se confluem e, igualmente Nascimento *et al.* (2010) e Teixeira e Lefèvre (2007) concordam que a fé é fonte de esperança e conforto, de aceitação e de enfrentamento da pessoa em condição enfrentamentos, nomeadamente a vivência-experiência com condições de doenças agudas e crônicas.

Enquanto constituição indissolúvel do ser humano,

a espiritualidade não é algo que ocorre para além da esfera do humano, mas algo que toca em profundidade sua vida e experiência. A espiritualidade traduz a força de uma presença que escapa à percepção do humano, mas ao mesmo tempo provoca no sujeito o exercício de percorrer e captar esse sentido onipresente (TEIXEIRA, 2005, p. 15).

A espiritualidade está ligada a práticas espirituais, independente de estar atrelada a religiões. Envolve ações introspectivas, que podem não corresponder aos caminhos hierarquicamente padronizados pelas tradições religiosas (VASCONCELOS, 2009). Portanto, a espiritualidade não pode ser avaliada como parte dissociada do indivíduo, mas deve ser percebida como fonte de força, resistência e resiliência, compreensão que alcançamos ao aprofundarmos das narrativas das mulheres desta pesquisa.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“[...] não se pode falar pelo subalterno, mas pode-se trabalhar ‘contra’ a subalternidade, criando espaços nos quais o subalterno possa se articular e, como consequência, possa também ser ouvido”.*  
(GAYATRI CHAKRAVORTY SPIVAK, 2014, p.16-17)

O alcance desta etapa da pesquisa se evidencia como uma conquista de relevância, no âmbito do contexto pessoal das proponentes da pesquisa, ao tecerem uma temática de complexificação enlaçadora dos temas da linha 2 do PPGREC e seu imbricamento aos contextos da área das ciências da saúde. Em termos pessoais, significa a apresentação dos resultados do estudo diante do cenário pandêmico, uma vez que o caminhar se deu quase que em sua totalidade por meio de modalidade digital. Pode-se, a esse propósito, destacar que ainda em meio às adversidades impostas pela COVID-19 a assunção das responsabilidades que concernem ao fato de formar uma pesquisadora e ser sujeito de compromisso ético, moral e estético com a ciência e comunidade científica foi veementemente e honrosamente perseguida.

Deste ponto de vista, podemos ainda ampliar o foco sobre o desenho e o campo de conhecimento desta pesquisa ter-se desenhado em uma temática densa para o contexto que a cercou na busca por caracterizar as relações étnico-raciais às vulnerabilidades sociais à saúde mental de mulheres adulto-idosas em enfrentamento por DCNT, cadastradas em um núcleo de pesquisa-extensão.

A abordagem procurou compreender o processo de viver envelhecer das participantes em uma amplitude de saberes embaçadores de questões chaves aos direitos humanos e constitucionais, através do imbricar questões étnico-raciais, sociais, saúde na potencialização do lugar da saúde mental como um direito à integralidade dos princípios do SUS na ABS.

Neste contexto, os objetivos traçados foram alcançados. A esse respeito, é salutar destacar o objeto geral: verificar nas relações étnico-raciais vulnerabilidades que se relacionam com a saúde mental de mulheres e sua possível influência no processo de vulnerabilização às doenças crônicas como HAS e DM2.

O nosso ânimo se assenta nos resultados do estudo, sendo relevante ressaltar que as vulnerabilidades enfrentadas pela população negra como negação de sua identidade e de sua cultura, as muitas investidas para o branqueamento do povo brasileiro, oriundo de políticas discriminatórias e de invisibilidade do povo preto e originários por exemplo. De certo que

prevaleceu diante dos resultados de autodeclaração de etnia/raça o indefinido, ou seja, o fenômeno de pardalização tem a nos dizer que o desejo de embranquecimento se faz atuante. E se mulheres negras não se reconhecem como negras, certamente também têm dificuldade de reconhecer o racismo. Com efeito, as políticas embora tentem se redesenhar ainda se configuram como excludentes na contemporaneidade, nomeadamente por uma visão comunitária e social de preconceito que se mantém inclusive em termos linguísticos.

Estes fatores, entre outros, repercutem no meio de pertencimento sócio familiar e sociocultural, e, no contexto desta pesquisa se evidenciou para as participantes como mecanismos de resistência e resiliência.

Destacamos que os direitos e as condições dignas de acesso à saúde estão na Constituição Brasileira e tais direitos precisam ser garantidos a toda a população brasileira. Sobretudo, de pessoas idosas com DCNT, como público prioritário à assistência à saúde primária. Não importando a cor da pele, étnica, raça e classe, a negligência na garantia dos direitos humanos necessita ser judicializada, seja qual for o órgão/instituição e/ou profissionais no exercício da função.

A pesquisa identificou que nenhuma das mulheres teve acesso à saúde mental em UBS, salientamos o Programa de Saúde da Família, porta de entrada do SUS, no município, cenário da pesquisa, com exceção àquelas que são cadastradas no Niefam/UESB. Fator relevante ao conhecimento quando se pontua os princípios do SUS – a saúde integral –, é direito e deve ser assistida. A psicossomática nos tempos atuais nos chama a reflexão do quanto precisamos direcionar a atenção para a saúde do corpo e mente - “emocional” e “psicológico”.

Outros fatores repercutiram significativamente como impactante ao viver humano das mulheres, como: escolaridade, profissão e renda que ocupam há séculos o repetitivo cenário de exclusão e desigualdade social às mulheres negras. Esse movimento vai ao encontro ainda, de investigações acerca da saúde, as DCNT apontam a prevalência de doenças características na população negra com alto índice de morbimortalidade no país. O que aponta, além da PNSIPN a necessidade de qualificação profissional à ação em saúde de modo a capacitação para a gestão, coordenação e cuidados diretos em promoção, proteção, prevenção, recuperação efetiva à saúde da população negra no Brasil.

Na tentativa de dar um fechamento às considerações deste estudo, tendo em observância a temática tão ampla, abriremos aqui reticências na compreensão de que neste constructo outros olhares atentos enxerguem novos temas ao investimento humano em pesquisa, que possam vir a somar-se, ampliando horizontes. Ao tempo em que as nossas

reticências seguem para a apresentação e encaminhamento dos resultados deste estudo à gestão do sistema de saúde do município foco de realização desta pesquisa, também para secretarias no âmbito do Ministério da Saúde do Brasil a potencialização do SUS sobre o princípio da integralidade do sistema por primeiro, e também às secretarias de cunho social, ainda buscará difundir o mais possível para que olhares atentos à dignidade da vida humana possam ser agentes de disseminação ao cuidado humano respeitoso à mulher negra.

## REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. São Paulo: Sueli Carneiro; Editora Jandaíra, 2020. 152 p. (Feminismos plurais).

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Editora Jandaíra, 2020. 264 p. (Feminismos plurais).

ALVES, Luciana Correia; LEITE, Iúri da Costa; MACHADO, Carla Jorge. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 1-11, jun. 2010. Disponível em: < [SciELO - Brasil - Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível](#)>. Acesso em: 26 dez. 2022.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013. Disponível em: <[https://app.uff.br/slab/uploads/Holocausto\\_brasileiro\\_vida\\_genocidio\\_e\\_60\\_mil\\_mortes\\_no\\_maior\\_hospital\\_do\\_Brasil.pdf](https://app.uff.br/slab/uploads/Holocausto_brasileiro_vida_genocidio_e_60_mil_mortes_no_maior_hospital_do_Brasil.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2022.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; FRANÇA JÚNIOR, Ivan; CALAZANS, Gabriela Junqueira; SALETTI FILHO, Haroldo César. O conceito de Vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. in CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2009, p. 39-53. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=em&lr=&id=UEqBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA121&ots=CU54Xr5jJi&sig=mzpi1tNakHB55PXC78yZFsD-LB0#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 13 maio 2021.

BARRETO, Mauricio Lima. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, jul. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XLS4hCMT6k5nMQy8BJzJhHx/?lang=pt>. Acesso em: 13 maio 2021.

BOSI, Alfredo. Narrativa e resistência. **Itinerários Revista de Literatura**, Araraquara, nº 10, p. 11-27, 1996. Disponível em: < [ReP USP - Detalhe do registro: Narrativa e resistência](#)>. Acesso em 14 de dez. 2022.

BOSI, Ecléa. **Memória e Sociedade: lembranças de velhos**. 3a ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BRANDÃO, Juliana Mendanha; MAHFOUD, Miguel; GIANORDOLI-NASCIMENTO, Ingrid Faria. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. **Paidéia**. Ribeirão Preto, v. 21, n. 49, p. 263-271, maio/ago. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/X8smHqGPJnV9jWTCYTmTmrx/?format=pdf&lang=pt>. > Acesso em: 02 de mai. 2022

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Publicada no **Diário Oficial da União**, nº 12, Seção 1, p. 59, de 13 de junho de 2013.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Publicada no **Diário Oficial da União**, nº 98, Seção 1, p. 44-46, de 24 de maio de 2016.

BRASIL. **Curso nacional de saúde mental e psicossocial na Covid-19: Reconstrução pós-desastre e emergências em saúde pública. Módulo 1: O momento atual da sindemia: pontos importantes para um processo de reconstrução democrático: as políticas de Gestão Integral de Riscos e de Desastres, o Sistema Único de Saúde e sua relação com outras políticas públicas (assistência social, defesa civil, educação e habitação).** Coordenação Geral de Maria Fabiana Damásio Passos. Brasília: [Curso na modalidade a distância]. Escola de Governo Fiocruz Brasília, 2022. Disponível em: [https://www.fio\\_cruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/07/Cartilha-01\\_Curso-Saude-Mental-Fiocruz\\_Modulo-1\\_.pdf](https://www.fio_cruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/07/Cartilha-01_Curso-Saude-Mental-Fiocruz_Modulo-1_.pdf). Acesso em: 05 out. 2022.

BRASIL. Lei nº 10.639/2003, de 09 de janeiro de 2003. Altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira", e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, ano 140, n. 8, p. 1, 10 abr. 2003.

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. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_integral\\_populacao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf). Acesso em: 12 maio 2021.

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.** 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: < [vPolítica Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS \(saude.gov.br\)](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf)>. Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf). Acesso em: 14 maio 2021.

BRASIL. Nota Técnica PNAD 2014 – breves análises. Brasília: IPEA, dez. 2015.

BRASIL. **Seminário Nacional Saúde Da População Negra.** Brasília, 18 a 20 de agosto de 2004. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario\\_nacional\\_saude\\_pop\\_negra.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_nacional_saude_pop_negra.pdf). Acesso em: 20 dez. 2022.

BUTLER, Judith P. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade.** Tradução, Renato Aguiar. - 8ª ed. - Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015. - (Sujeito e História).

CARNEIRO, Jeane Lima e Silva; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Saúde do idoso e atenção primária: autonomia, vulnerabilidades e os desafios do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, n. 29, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/hGd5rfTFM3BWBQNnrbLvTZS/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 09 fev. 2023.

CARNEIRO, Sueli. **Escritos de uma vida**. São Paulo: Pólen Livros, 2019. 296 p.

CARVALHO, Airuan Silva de. A alienação em Frantz Fanon: da consciência a descolonização. **Kwanissa – Revista de Estudos Africanos e Afro-Brasileiros**, São Luís, n. 2, p. 20-34, jul./dez. 2018. Disponível em: <http://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/kwanissa/article/view/9751>. Acesso em: 29 de set. 2021.

CÉSAR, Ruane Cristine Bernardes; LOURES, Amanda Freitas; ANDRADE, Bárbara Batista Silveira. A romantização da maternidade e a culpabilização da mulher. **Revista Mosaico**, v. 10, n. 2 (suplemento), p. 68-75, jul./dez. 2019. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/1956/1342>. Acesso em: 29 set. 2019.

CFP - CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Regulação dos Serviços de Saúde Mental no Brasil**. Brasília: CFP, 2013. Disponível em: < [A regulação dos serviços de saúde mental no Brasil: Inserção da Psicologia no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar - CFP | CFP](#) >. Acesso em: 29 dez. 2022.

CFP - CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relações Raciais**: referências técnicas para atuação de psicólogas/os. Brasília: CFP, 2017. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/09/relacoes\\_raciais\\_baixa.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/09/relacoes_raciais_baixa.pdf). Acesso em: 29 set. 2019.

COLLINS, Patricia Hill. Aprendendo com a outsider within: a significação sociológica do pensamento feminista negro. **Revista Sociedade e Estado**, v. 31, n. 1, p. 99-127, jan./abr. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/se/v31n1/0102-6992-se-31-01-00099.pdf>. Acesso em: 12 maio 2021.

COSTA, Marisa Vorraber (Org.). **Caminhos investigativos II**: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação. 2. ed. Rio de Janeiro: Lamparina Editora, 2007. 160 p.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos a gênero. Dossiê III Conferência Mundial contra o Racismo. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2022.

CRP-SP - CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. **História da Psicologia e as Relações Étnico Raciais**: Projeto Memória da Psicologia. (dir. Marcos Frutig, coord. Ilana Mountian e col. Mitsuko A. M. Antunes). Documentário, duração de (48 min.). Legendas em português/inglês/espanhol. Publicação Agosto de 2016. Disponível em: [http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/2016\\_08-memoriaracial/2016\\_08-memoria-racial.html](http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/2016_08-memoriaracial/2016_08-memoria-racial.html). Acesso em: 10 out. 2020.



DAMASCENO, Marizete Gouveia; ZANELLO, Valeska M. Loyola. Saúde Mental e Racismo Contra Negros: produção bibliográfica brasileira dos últimos quinze anos. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 38, n. 3, p. 450-464, jul./set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v38n3/1982-3703-pcp-38-3-0450.pdf>. Acesso em: 11 out. 2020.

DAVIS, Angela. **Mulher, raça e classe**. s/l, Plataforma Gueto, 2013. Disponível em: <https://joaocamillopenna.files.wordpress.com/2017/08/davis-angela-mulher-raca-e-classe-cap-11-p-116.pdf> Acesso em: 10 out. 2019.

DEMO, Pedro. **Metodologia do conhecimento científico**. 1.ed. São Paulo; Atlas, 2000.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. **The SAGE Handbook of Qualitative Research**. London: Sage Publication, 1994.

DUARTE, Eduardo de Assis. Literatura afro-brasileira: um conceito em construção. **Estudos de Literatura Brasileira Contemporânea**, n. 31, p. 11-23, jan./jun. 2008. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4846151>. Acesso em: 15 de abr. de 2021.

EVARISTO, Conceição. **Olhos d'água**. Rio de Janeiro: Pallas/Fundação Biblioteca Nacional, 2016.

FANON, Frantz. Os condenados da Terra. **Civilização Brasileira S.A**, 1968. Disponível em: [https://www.kilombagem.net.br/wpcontent/uploads/2015/07/Os\\_condenados\\_da\\_Terra-Frantz-Fanon.pdf](https://www.kilombagem.net.br/wpcontent/uploads/2015/07/Os_condenados_da_Terra-Frantz-Fanon.pdf). Acesso em: 10 maio 2021.

FANON. Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: EDUFBA, 2008. 194 p.

FERRO, Luís Felipe. Fortalecimento do controle social em saúde mental: estratégias e possibilidades. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 24, n. 3, p. 601-610. 2016. Disponível em: <https://www.proquest.com/docview/1831816529/3B0D9AC098344400PQ/83>; acesso em: 11 out. 2020.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artemd, 2009.

GAMA, Carlos Alberto Pegolo da; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; FERRER, Ana Luiza. Saúde Mental e Vulnerabilidade Social: a direção do tratamento. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 69-84, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

GONZALEZ, Lélia; HASENBALG, Carlos. **Lugar de negro**. Rio de Janeiro. Editora Marco Zero. 1982. Disponível em: [Lelia Gonzalez - O lugar do negro.pdf \(google.com\)](http://www.lelia.com.br/lelia-gonzalez-o-lugar-do-negro.pdf). Acesso em: 02 out. 2022.

GONZALEZ, Lélia. Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos. (Organização: Flávia Rios, Márcia Lima). Rio de Janeiro: Ed, Zahar, 2020.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**. Anpocs, p. 223-244, 1984. Disponível em: [RACISMO E SEXISMO NA CULTURA BRASILEIRA.pdf \(google.com\)](#). Acesso em: 02 out. 2022.

GUERRA, Elaine Linhares de Assis. **Manual de Pesquisa Qualitativa**. Belo Horizonte: Grupo Ânima Educação, 2014.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Trad. Tomaz Tadeu da Silva e Guacira Lopes Louro. 11. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

HOOKS, bell. **O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras**. [recurso eletrônico] – 1. ed. - Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018. Disponível em: <[\(1\) O Feminismo e para todo Mundo - Bell hooks | FLAVIANA LOPES - Academia.edu](#)>. Acesso em: 18 out. 2022.

IAS - INSTITUTO ÁGUA E SANEAMENTO. **Municípios e saneamento: Jequié (BA)**. 2020. Disponível em: <[O saneamento em JEQUIÉ | BA | Municípios e Saneamento | Instituto Água e Saneamento \(aguaesaneamento.org.br\)](#)>. Acesso em 25 dez. 2022.

IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015** / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf>. Acesso em: 15 de mai. 2021.

IGEA, Del Rincón *et al.* **Técnicas de investigación em ciencias sociales**. Madrid: Dykinson, 1995.

KABAD, Juliana Fernandes; BASTOS, João Luiz; SANTOS, Ricardo Ventura. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 895-918, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/BGp9j5wMddDCd7YZ4j8ssVv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2021.

KILOMBA, Grada. **Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano**. Rio de Janeiro: Cobogo, 2019.

LESSARD-HÉBERT, Michelle; GOYETTE, Gabriel; BOUTIN, Gérald. **Investigação qualitativa: fundamentos e práticas**. 2 ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2005.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação**. Uma perspectiva pós-estruturalista. 16. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli Elisa Dalmazo Afonso de. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. 9. ed. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, Naiana. *et. al.* Transtorno depressivo maior: avaliação da aptidão motora e da atenção. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 58, n. 3, p. 175-180, 2009. Disponível: <[SciELO - Brasil - Transtorno depressivo maior: avaliação da aptidão motora e da atenção Transtorno depressivo maior: avaliação da aptidão motora e da atenção](#)>. Acesso em: 27 set. 2022.

MADEIRA, Zelma; GOMES, Daiane Daine de Oliveira. Persistentes desigualdades raciais e resistências negras no Brasil contemporâneo. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 133, p. 463-479, set./dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/FmSRPNQZhrqz9mMVWTJnwpP/?format=pdf&lang=pt>.

MALTA, Deborah Carvalho. Doenças Crônicas Não Transmissíveis, um grande desafio da sociedade contemporânea. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 4, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XWjbk9s4LyS8rnvLfCMWsxw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 jan. 2023.

MALTA, Deborah Carvalho; MOURA, Lenildo de; BERNAL, Regina Tomie Ivata. Diferenciais dos fatores de risco de Doenças Crônicas não Transmissíveis na perspectiva de raça/cor. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 713-725, mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7NTw4vts4sV5Z8PrWHT4ytk/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 09 jan. 2023.

MARQUES, Heitor Romero; MANFROI, José; CASTILHO, Maria Augusta de; NOAL, Mirian Lange. **Metodologia da pesquisa e do trabalho científico**. 2. ed. Campo Grande, MS: UCDB, 2006. 136 p.

MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Comunicação, Saúde & Educação**, v. 16, n. 40, p. 107-119, jan./mar. 2012. Disponível em: [https://www.scielo.org/pt/articulo/107\\_120\\_artigo\\_1888\\_laura.indd](https://www.scielo.org/pt/articulo/107_120_artigo_1888_laura.indd) (scielosp.org). Acesso em: 25 jan. 2023.

MELLO-FILHO, Julio de. **Psicossomática hoje** [recurso eletrônico]/ Julio de Mello- Filho ... [et al.]. – 2. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2010. Disponível em: <https://www.artmed.com/psicossomatica-hoje-2a-edicao-Caseirinhos-Caseiros-Academia.edu>. Acesso em: 25 set. 2022.

MILES, Matthew B; HUBERMAN, A. Michael. Drawing valid meaning from qualitative data: toward a shared craft. **Educational Researcher**, v. 13, n. 5, p. 20-30, may 1984.

MILES, Matthew B; HUBERMAN, A. Michael. **Qualitative data analysis: an expanded sourcebook**. 2<sup>nd</sup>. ed. California: SAGE Publications, Inc., 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1993. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=9mMVWTJnwpP> (Pesquisa social: Teoria, método e criatividade - Maria Cecília de Souza Minayo, Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes - Google Livros). Acesso em: 27 nov. 2022.

MOLTMANN, Jürgen. **Teologia da esperança: estudos sobre os fundamentos e as conseqüências de uma escatologia cristã**. 3. ed. revista e atualizada. São Paulo: Editora Teológica Edições Loyola, 2005.

MOREIRA, Lilia Maria de Azevedo *et. al.* Perfil do albinismo oculocutâneo no estado da Bahia. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 6, n. 1, p. 69-75, jan./abr. 2007. Disponível em: <https://www.ufba.br/vista-do-perfil-do-albinismo-oculocutaneo-no-estado-da-bahia>. Acesso em: 20 set. 2022.

MORIN, Edgar. **Método I: a natureza da natureza**. 2. ed. Mem-Martins, Portugal: Publicações Europa-América, 1997.

MUNANGA, Kabengele. Diversidade, etnicidade, identidade e cidadania. **Movimento-Revista de Educação**, n. 12, 18 dez. 2013. Disponível em: <[Diversidade, etnicidade, identidade e cidadania | Movimento-revista de educação \(uff.br\)](#)>. Acesso em: 27 out. 2022.

MUNANGA, Kabengele. Teoria social e relações raciais no Brasil contemporâneo. **Cadernos Penesb**, n. 12, p. 169-203, 2010. Disponível em: [http://www.mprj.mp.br/documents/20184/1296164/teoria\\_social.pdf](http://www.mprj.mp.br/documents/20184/1296164/teoria_social.pdf). Acesso em: 02 mar. 2021.

MUNANGA, Kabengele. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. **Programa de educação sobre o negro na sociedade brasileira**. Niterói: EDUFF, 2004. Disponível em: <[biblio.fflch.usp.br/Munanga\\_K\\_UmaAbordagemConceitualDasNocoosDeRacaRacismoIdentidadeEEtnia.pdf](#)>. Acesso em: 27 nov. 2022.

NARDI, Henrique Caetano; SILVEIRA, Raquel da Silva; MACHADO, Paula Sandrine (orgs.). Diversidade sexual, relações de gênero e políticas públicas. Porto Alegre: Sulina, 2017. 207 p.

NASCIMENTO, Abdias do. **O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado**. 1. ed. São Paulo: Perspectivas, 2016. 232 p. Disponível em: <[O Genocídio do negro brasileiro: Processo de um Racismo Mascarado - Abdias Nascimento - Google Livros](#)>. Acesso em: 29 out. 2022.

NASCIMENTO, Lucila Castanheira; OLIVEIRA, Fabiane Cristina Santos; MORENO, Moisés Fagnolli; SILVA, Fernanda Machado da. Cuidado espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediátrica na oncologia. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 437-440, jun. 2010.

NICODEMO, Denise; GODOI, Marilda Piedade. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Revista Ciência em Extensão**, v. 6, n. 1, p. 40-53, 2010. Disponível em: <[https://ojs.unesp.br/index.php/revista\\_proex/article/view/324/341](https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/324/341)>. Acesso em: 10 jan. 2023.

OLIVEIRA, Regina Marques de Souza; OLIVEIRA, Reinaldo José de; FARIAS, Teresa Mara Pontes de (orgs.). Apresentação. **Odeere: Revista do Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade – PPGREC -UESB**, vol. 2, n° 4, p. 1-15, jul./dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/odeere/article/view/2358/2258>. Acesso em: 12 out. 2019.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. Identidade étnica, reconhecimento e o mundo moral. **Revista ANTHROPOLOGICAS**, ano 9, v. 16, n. 2, p 9-40, 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaanthropologicas/article/view/23631/19286>. Acesso em: 27 maio 2021.

PATTON, Michael. Quinn. **Qualitative Evaluation and Research Methods**. London: SAGE; 1990.

PRESTES, Clélia R. S.; PAIVA, Vera S. F. Abordagem psicossocial e saúde de mulheres negras: vulnerabilidades, direitos e resiliência. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n.3, p. 673-688, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/arti/le/sausoc/2016.v25n3/673-688/>. Acesso em: 12 out. 2019.

RABELO, Dóris Firmino *et al.* Racismo e envelhecimento da população negra. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 193-215, 2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/44428>. Acesso em: 29 out. 2022.

RIBEIRO, Djamila. **O que é: lugar de fala?** Belo Horizonte: Letramento/Justificando, 2017.

RIBEIRO, Ronilda. **Alma Africana**, os Iorubás. São Paulo: Editora Oduduwa, 1996. 148 p.

ROJAS, J. E. A. O indivisível e o divisível na história oral. *In*: MARTINELLI, Maria Lúcia. **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999. p. 87-94.

SACCO, Airi. M.; COUTO, Maria Clara P. de Paula; KOLLER, Sílvia H. Revisão Sistemática de Estudos da Psicologia Brasileira sobre Preconceito Racial. **Temas em Psicologia**, v. 24, n 1, p.233-250, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n1/v24n1a12.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2021.

SANTANA, Marise. de; FERREIRA, Edson D.; NASCIMENTO, Washington Santos (org.). **Luanda & Bahia: identidades e etnicidades em contextos contemporâneos**. 1. ed. Campinas, SP: Pontes Editores, 2020.

SANTOS, Alessandro de Oliveira dos; SCHUCMAN, Lia Vainer; MARTINS, Hildeberto Vieira. Breve histórico do pensamento psicológico brasileiro sobre relações étnico-raciais. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 32, n. Spe., p. 166-175, 2012. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932012000500012&scri\\_pt=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932012000500012&scri_pt=sci_arttext); acesso em: 02 mar. 2021.

SANTOS, Livia da Silva Firmino dos *et. al.* Doenças e agravos prevalentes na população negra: revisão integrativa. **Revista Nursing**, v. 22, n. 250, p. 2756-2758, 2019. Disponível em: <[Revista\\_Nursing\\_250\\_Completa.pdf \(revistanursing.com.br\)](#)>. Acesso em: 01 out. 2022.

SAQUETT, Prescilla S.; SILVA, Alexandra Begueristain; COELHO, Eva Regina. Etnicidade e a identidade cultural - 100 anos de história: um resgate histórico da SOCEPE de Santa Maria, RS. Dossiê “Jornadas Mercosul: Memória, Ambiente Patrimônio (2010)”. **Revista MOUSEION**, n. 10, p. 158-167, jul./dez. 2011. Disponível em: [https://www.google.com/search?q=Etnicidade+e+a+identidade+cultural&rlz=1C1AOHY\\_ptBRBR708BR708&oq=Etnicidade+e+a+identidade+cultural&aqs=chrome..69i57j0.661j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=Etnicidade+e+a+identidade+cultural&rlz=1C1AOHY_ptBRBR708BR708&oq=Etnicidade+e+a+identidade+cultural&aqs=chrome..69i57j0.661j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8). Acesso em: 12 de out. 2019.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **Nem preto nem branco, muito pelo contrário: cor e raça na sociabilidade brasileira**. 1. ed. São Paulo: Claro Enigma, 2012. Disponível em: <[Baixar Nem Preto Nem Branco, Muito Pelo Contrario - Lilia Moritz Schwarcz ePub PDF Mobi ou Ler Online \(elivros.love\)](#)>. Acesso em: 24 dez. 2022.

SCOTT, Joan W. O enigma da igualdade. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 11-30, jan./abr. 2005. Disponível em: < [SciELO - Brasil - O enigma da igualdade O enigma da igualdade](#)>. Acesso em: 23 de dez. 2022.

SEDGWICK, Eve Kosofsky. A epistemologia do armário. *Cadernos Pagu*, n. 28, p. 19-54, jan./jun. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/hWcQckryVj3M/MbWsTF5pnqn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 maio 2021.

SILVA, Luzia Wilma Santana da *et al.* Cuidados às pessoas idosas por meio de ferramentas digitais, em período de isolamento social, decorrente do COVID-19. *Revista Kairós-Gerontologia*, São Paulo, v. 23 (Número Temático Especial 28, “COVID-19 e Envelhecimento”), p. 117-139, 2020. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/51067/33403>>. Acesso em: 26 out. 2020.

SILVA, Luzia Wilma Santana da. **A dinâmica das relações da família com o membro idoso portador de diabetes Mellitus tipo 2**. 2007. 311 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 2007.

SILVA, Marisa Corrêa da. Racismo: um trauma coletivo não considerado. *Revista Latino-Americana de Psicologia Corporal*. n. 11, p. 38-57, set. 2021. Disponível em: < [Racismo: um Trauma Coletivo não Considerado | Silva | REVISTA LATINO-AMERICANA DE PSICOLOGIA CORPORAL \(emnuvens.com.br\)](#)>. Acesso em: 04 abr. 2022.

SOUSA, Neuciane Ferreira da Silva *et al.* Associação do transtorno depressivo maior com doenças crônicas e multimorbidade em adultos brasileiros, estratificada por sexo: Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 24, sup. 2, dez. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/gYrgkcRnGTgWTjVTNS/D9MNS/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 04 abr. 2022.

SOUSA, Neusa Santos. **Tornar-se negro**: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983.

SOUZA, Ândrea Cardoso; RIVERA, Francisco Javier Uribe. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. *RevistaTempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 4, n. 1, p. 105-114, 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/53758/Inclus%c3%a3o.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em 10 jan. 2023.

SOUZA, Diego de Oliveira; SANTOS, Roberta Dayanne de Oliveira. Bases ontológicas da saúde das mulheres negras. *Revista Trabalho Necessário*, v. 15, n. 27, p. 42-64, 2017. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/trabalhonecessario/article/view/9634/6755>; acesso em: 10 out. 2020.

SPIVAK, Gayatri Chakravorty. **Pode o subalterno falar?** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2014. Disponível em: [http://wisley.net/ufrj/wpcontent/uploads/2015/03/images\\_pdf\\_files\\_Pode\\_o\\_subalterno\\_falar-Spivak.pdf](http://wisley.net/ufrj/wpcontent/uploads/2015/03/images_pdf_files_Pode_o_subalterno_falar-Spivak.pdf). Acesso em: 12 maio 2021.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 477-486, abr. 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/GVcLNjDfYtLPcL8gx64JVQ/?lang=pt>>. Acesso em 10 jan. 2023.

TAVARES, Jeane Saskya Campos; KURATANI, Sayuri Miranda de Andrade. Manejo Clínico das Repercussões do Racismo entre Mulheres que se “Tornaram Negras”. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, e184764, 1-13, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v39/1982-3703-pcp-39-e184764.pdf>; acesso em 25 out. 2020.

TEIXEIRA, Faustino. O potencial libertador da espiritualidade e da experiência religiosa. *In*: AMATUZZI, Mauro Martins (Org.). **Psicologia e espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 2005. p. 13-30.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. Religiosidade no trabalho das enfermeiras da área oncológica: significado na ótica do discurso do sujeito coletivo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 159-166, 2007.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1. ed. 18ª Reimpressão. São Paulo: Atlas, 2009.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Espiritualidade na educação popular em saúde. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 29, n. 79, p. 323-334, set./dez. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-32622009000300003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622009000300003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 08 jan. 2011.

VYGOTSKY, Lev Semyonovitch. **Pensamiento y lenguaje**. *In*: VYGOTSKY, Lev Semyonovitch. Obras escogidas II: problemas de psicología general (2. ed., p. 9-348). Madrid: Visor, 2001 (Originalmente publicado em 1934). Disponível em: [\(1\) Pensamiento y Lenguaje Vigotsky | Jaime Cruz - Academia.edu](#). Acesso em 27 out. 2022.

WALLACE, Andy. Ray Birdwhistell; developed the study of body language. Oct. 1994. Disponível em: [http://web.archive.org/web/20140306115438/http://articles.philly.com/1994-10-22/news/25872138\\_1\\_body-language-smile-researchers](http://web.archive.org/web/20140306115438/http://articles.philly.com/1994-10-22/news/25872138_1_body-language-smile-researchers) Acesso em: 27 maio 2021.

WEBER, Max. **Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva**. vol. 1. Trad. Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa. São Paulo: Editora UnB, 2004.

WEIL, Pierre; TOMPAKOW, Roland. **O corpo fala: a linguagem silenciosa da comunicação não-verbal**. 74. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p. Disponível em: [Envelhecimento ativo: uma política de saúde \(paho.org\)](#). Acesso em: 16 out. 2022.

WILLIAMS, David R.; PRIEST, Naomi. Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 17, n. 40, p. 124-174, set./dez. 2015. Disponível em: <[SciELO - Brasil - Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional](#)  
[Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional](#)>. Acesso em: 21 jan. 2023.

WINKIN, Yves, 1953. **A nova comunicação:** da teoria ao trabalho de campo. Campinas, SP: Papirus, 1998. Disponível em:  
<[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4387288/mod\\_resource/content/1/A%20nova%20comunica%C3%A7%C3%A3o%20-%20Yves%20Winkin.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4387288/mod_resource/content/1/A%20nova%20comunica%C3%A7%C3%A3o%20-%20Yves%20Winkin.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2022.



## APÊNDICES

### APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Conforme Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – CNS

CARO(A) SENHOR(A),

Este documento é um CONVITE ao(a) Senhor(a) (ou à pessoa pela qual o(a) Sr.(a) é responsável) para participar da pesquisa abaixo descrita. Por favor, leia atentamente todas as informações abaixo e, se você estiver de acordo, rubriche as primeiras páginas e assine a última, na linha "Assinatura do participante".

#### 1. QUEM SÃO AS PESSOAS RESPONSÁVEIS POR ESTA PESQUISA?

1.1. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Carla Manoela Oliveira de Araújo

1.2. ORIENTADOR/ORIENTANDO: Luzia Wilma Santana da Silva

#### 2. QUAL O NOME DESTA PESQUISA, POR QUE E PARA QUE ELA ESTÁ SENDO FEITA?

##### 2.1. TÍTULO DA PESQUISA

Relações étnico-raciais e psiquismo: a vulnerabilidade social de mulheres adulto-idosas

##### 2.2. POR QUE ESTAMOS FAZENDO ESTA PESQUISA (Justificativa):

A pesquisa se direciona a abrangência do campo de relações étnico-raciais a saúde mental e na intervenção social, por compreender que dispositivos de poder, opressão, discriminação racial e de preconceito são ferramentas potentes ao sofrimento psíquico.

Tendo o foco na saúde mental pretende ser um instrumento contributivo no sentido de compreender como se caracteriza nas relações étnico-raciais as vulnerabilidades sociais de mulheres adulto-idosas negras em enfrentamento por doenças crônicas, a exemplo de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2) e propor estratégias de intervenções psíquicas.

##### 2.3. PARA QUE ESTAMOS FAZENDO ESTA PESQUISA (Objetivos):

###### Geral

- Verificar nas relações étnico-raciais vulnerabilidades que se relacionam com o sofrimento psíquico de mulheres negras adulto-idosas e sua possível influência no processo de vulnerabilização às doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2).

###### Específicos

- Analisar os fatores que contribuem com o sofrimento psíquico de mulheres negras adulto-idosas em enfrentamento pelas doenças crônicas Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2).
- Indicar os marcadores de gênero que permitam as vulnerabilidades sociais de mulheres negras adulto-idosas em enfrentamento por doenças crônicas Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2).
- Investigar situações de vulnerabilização que demandam intervenções psíquicas em mulheres

Seja  
conscien  
te: ao  
imprimir  
este  
docume  
nto, se  
necessár  
io, use a  
frente e  
o verso  
do  
papel. :)

Página 1

negras adulto-idosas em enfrentamento por doenças crônicas Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2), na Atenção Básica em Saúde.

**3. O QUE VOCÊ (OU O INDIVÍDUO SOB SUA RESPONSABILIDADE) TERÁ QUE FAZER? ONDE E QUANDO ISSO ACONTECERÁ? QUANTO TEMPO LEVARÁ? (Procedimentos Metodológicos)**

**3.1 O QUE SERÁ FEITO:**

Serão feitas perguntas através de um questionário, composto por 26 (vinte e seis) questões sobre dados sociodemográficos e de sua saúde. Este questionário será disponibilizado para o seu contato no WhatsApp do senhor(a). O tempo que levará para respondê-lo será de 30 a 40 minutos.

Também será realizada uma entrevista com o senhor(a), agendada considerando a sua disponibilidade para que eu pesquisadora possa conhecer mais de perto sua condição de vida e saúde física e mental no enfrentamento com as doenças crônicas Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. O tempo de entrevista previsto será de 50 a 60 minutos podendo variar, entretanto, que não se torne cansativa para o senhor(a). Nesta entrevista, serão observados os cuidados protetivos contra o Covid-19:

- primeramente a comprovação de que o senhor(a) está vacinado(a) com as duas doses contra o Covid-19, o que será observado no questionário que respondeu;
- preferencialmente que a entrevista seja realizada em sua casa, em local aberto e arejado, observando o protocolo de distanciamento de 1,5m em decorrência do Covid-19;
- eu pesquisadora estarei usando máscara N95, máscara facial, álcool em gel a 70%;
- o senhor(a) usando a máscara que tem adotado seja N95 ou duas cirúrgicas ou uma cirúrgica sob outra de tecido, álcool em gel a 70%;
- solicitarei sua autorização para uso do Smart fone LG (gravador) – este aparelho servirá para gravar a entrevista, como medida protetiva contra o Covid-19, será colocado dentro de um saco plástico, a distância média de 75cm de modo a captar o som para a gravação. Essa gravação será muito útil para que eu pesquisadora possa registrar toda sua fala e registrar tudo como foi dito pelo senhor(a).

**3.2 ONDE E QUANDO FAREMOS ISSO:**

Senhor(a) o questionário será enviado para o seu número do *WhatsApp* que se encontra registrado no grupo *WhatsApp*, do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivência com Doenças Crônicas (Niefam), Jequié, BA.

A entrevista será realizada preferencialmente em sua casa, em local aberto e arejado, em observância ao protocolo de distanciamento social em decorrência da pandemia pelo Covid-19.

Farei isso assim que o projeto de pesquisa esteja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, e que entre os meses de julho, agosto e setembro de 2021 a pesquisa seja realizada.

**3.3 QUANTO TEMPO DURARÁ CADA SESSÃO:**

O questionário durará de 30 a 40 minutos.

Seja consciente: ao imprimir este documento, se necessário, use a frente e o verso do papel. :)

Página 2

A entrevista durará 50 a 60 minutos podendo variar, o objetivo é que não se torne cansativa para o senhor(a).

#### 4. HÁ ALGUM RISCO EM PARTICIPAR DESSA PESQUISA?

Segundo as normas que tratam da ética em pesquisa com seres humanos no Brasil, sempre há riscos em participar de pesquisas científicas. No caso desta pesquisa, classificamos o risco como sendo

MÍNIMO       MODERADO       ALTO

##### 4.1 NA VERDADE, O QUE PODE ACONTECER É: (detalhamento dos riscos)

Que o senhor(a) ao responder questões sensíveis sobre suas condições de vida, saúde física e mental possa revelar sentimentos que podem possibilitar constrangimento, desconforto, vergonha e medo referente a sua identificação no estudo, também pode apresentar cansaço ao responder ao questionário e a entrevista.

##### 4.2 MAS PARA EVITAR QUE ISSO ACONTEÇA, FAREMOS O SEGUINTE: (meios de evitar/minimizar os riscos):

As pesquisadoras serão as únicas a ter acesso aos dados da pesquisa e tomarão todas as providências necessárias para manter a sua identificação em sigilo e caso haja a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, as consequências serão tratadas nos termos da lei vigente no Brasil. Os resultados deste trabalho serão apresentados ao Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, campus de Jequié, e poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas nacional ou internacional mostrando apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

Trabalharemos cuidadosamente as questões do questionário e da entrevista para que o seu tempo ao respondê-los não lhe cause cansaço. Referente a sentimentos desconfortantes que possam advir da pesquisa buscaremos trabalhar os valores de confiança e respeito, princípios que poderão contribuir a evitar a ocorrência destes. O processo de entrevista será conduzido com situações que não leve o indivíduo a emoções fortes, em razão disso, a própria pesquisadora responsável é psicóloga atuante na profissão, o que a habilita a buscar desenvolver uma entrevista com o cuidado refino que a ciência Psicologia instrui para evitar situações de risco mediante as questões emocionais que a pergunta possa trazer.

Seja  
conscien  
te: ao  
imprimir  
este  
docume  
nto, se  
necessár  
io, use a  
frente e  
o verso  
do  
papel. :)

#### 5. O QUE É QUE ESTA PESQUISA TRARÁ DE BOM? (Benefícios da pesquisa)

##### 5.1 BENEFÍCIOS DIRETOS (aos participantes da pesquisa):

A pesquisa não trará benefícios diretos, mas é esperado que através dos seus resultados em tempo futuro possa contribuir aos cuidados à saúde das pessoas, na Atenção Básica em Saúde, em saúde física e mental das mulheres negras em situação vulnerabilidade de classe e gênero.

##### 5.2 BENEFÍCIOS INDIRETOS (à comunidade, sociedade, academia, ciência...):

A pesquisa poderá possibilitar releituras de comportamentos opressivos e excludentes na sociedade contemporânea aos cuidados das mulheres negras com doenças crônicas não transmissíveis para a ressignificação de sofrimentos psíquicos e de traumas raciais pela compreensão e elaboração da necessidade de acesso à saúde mental na Atenção Básica em Saúde.

#### 6. MAIS ALGUMAS COISAS QUE O(A) SENHOR(A) PODE QUERER SABER (Direitos dos participantes):

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - UESB/Jequié  
(73) 3528-9727 | cepjq@uesb.edu.br

Rubricas:

- 6.1. Recebe-se dinheiro ou é necessário pagar para participar da pesquisa?**  
R: *Nenhum dos dois. A participação na pesquisa é voluntária.*
- 6.2. Mas e se acabarmos gastando dinheiro só para participar da pesquisa?**  
R: *O pesquisador responsável precisará lhe ressarcir estes custos.*
- 6.3. E se ocorrer algum problema durante ou depois da participação?**  
R: *Voce pode solicitar assistência imediata e integral e ainda indenização ao pesquisador e à universidade.*
- 6.4. É obrigatório fazer tudo o que o pesquisador mandar? (Responder questionário, participar de entrevista, dinâmica, exame...)**  
R: *Não. Só se precisa participar daquilo em que se sentir confortável a fazer.*
- 6.5. Dá pra desistir de participar no meio da pesquisa?**  
R: *Sim. Em qualquer momento. É só avisar ao pesquisador.*
- 6.6. Há algum problema ou prejuízo em desistir?**  
R: *Nenhum.*
- 6.7. Os participantes não ficam expostos publicamente?**  
R: *Não. A privacidade é garantida. Os dados podem ser publicados ou apresentados em eventos, mas o nome e a imagem dos voluntários são sigilosos e, portanto, só serão conhecidos pelos pesquisadores.*
- 6.8. Depois de apresentados ou publicados, o que acontecerá com os dados e com os materiais coletados?**  
R: *Serão arquivadas por 5 anos com o pesquisador e depois destruídos.*
- 6.9. Qual a “lei” que fala sobre os direitos do participante de uma pesquisa?**  
R: *São, principalmente, duas normas do Conselho Nacional de Saúde: a Resolução CNS 466/2012 e a 510/2016. Ambas podem ser encontradas facilmente na internet.*
- 6.10. E se eu precisar tirar dúvidas ou falar com alguém sobre algo acerca da pesquisa?**  
R: *Entre em contato com o(a) pesquisador(a) responsável ou com o Comitê de ética. Os meios de contato estão listados no ponto 7 deste documento.*

Seja  
conscien  
te: ao  
imprimir  
este  
docume  
nto, se  
necessár  
io, use a  
frente e  
o verso  
do  
papel. :)

#### 7. CONTATOS IMPORTANTES:

**Pesquisador(a) Responsável: Carla Manoela Oliveira de Araújo**

Endereço: Av. José Moreira Sobrinho, s/n - Jequezinho, Jequié - BA, 45205-490

Fone: (73) 3528-9600/ E-mail: carlamanoela@hotmail.com.br

**Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB)**

Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, 1º andar do Centro de Aperfeiçoamento Profissional Dalva de Oliveira Santos (CAP). Jequezinho, Jequié-BA. CEP 45208-091.

Fone: (73) 3528-9727 / E-mail: cepjq@uesb.edu.br

Horário de funcionamento: Segunda à sexta-feira, das 08:00 às 18:00

#### 8. CLÁUSULA DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Concordância do participante ou do seu responsável)

Declaro, para os devidos fins, que estou ciente e concordo

em participar do presente estudo;

com a participação da pessoa pela qual sou responsável.

Ademais, confirmo ter recebido uma via deste termo de consentimento e asseguro que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Jequié, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - UESB/Jequié  
(73) 3528-9727 | cepjq@uesb.edu.br

Rubricas:

---

### 9. CLÁUSULA DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Declaro estar ciente de todos os deveres que me competem e de todos os direitos assegurados aos participantes e seus responsáveis, previstos nas Resoluções 466/2012 e 510/2016, bem como na Norma Operacional 001/2013 do Conselho Nacional de Saúde. Asseguro ter feito todos os esclarecimentos pertinentes aos voluntários de forma prévia à sua participação e ratifico que o início da coleta de dados dar-se-á apenas após prestadas as assinaturas no presente documento e aprovado o projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, competente.

Jequié, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

*Assinatura do(a) pesquisador*

Seja  
conscien  
te: ao  
imprimir  
este  
docume  
nto, se  
necessár  
io, use a  
frente e  
o verso  
do  
papel. :)

Página 5

## APÊNDICE B – DECLARAÇÃO DE COMPROMISSOS PARA PESQUISAS COM SERES HUMANOS

### DECLARAÇÃO DE COMPROMISSOS PARA PESQUISAS COM SERES HUMANOS

(Aprovado em reunião plenária do Comitê de Ética em Pesquisa da UESB em 14/02/2020)

**TÍTULO DA PESQUISA:** Relações étnico-raciais e psiquismo: a vulnerabilidade social de mulheres adulto-idosas  
**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Carla Manoela Oliveira de Araújo

O pesquisador responsável pela estudo supracitado, seu(sua) orientador(a)/orientando(a), bem como os eventuais outros membros e assistentes da pesquisa, DECLARAM ESTAR CIENTES DE QUE LHES SÃO INAFASTÁVEIS A OBSERVÂNCIA E O CUMPRIMENTO de todas as responsabilidades previstas nos princípios e normas estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde, nas Resoluções nº 466/2012 e nº. 510/2016, na Norma Operacional nº 001/2013, bem como nas demais legislações atinentes à ética em pesquisa com seres humanos, cujos principais termos estão abaixo explicitados:

#### TÍTULO 1

##### Compromisso Geral

- I. Cumprir os requisitos da Resolução CNS Nº 466/2012 e da Resolução 510/2016 (nas pesquisas de ciências humanas e sociais) e suas complementares;
- II. Utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo;
- III. Publicar os resultados da pesquisa, quando de sua conclusão, independentemente de serem eles favoráveis ou não;
- IV. Conduzir o estudo de acordo com o protocolo, observando e salvaguardando os princípios éticos cabíveis, as Boas Práticas Clínicas e as Boas Práticas de Laboratório;
- V. Conduzir e supervisionar pessoalmente as pesquisas clínicas;
- VI. Informar ao patrocinador do estudo, ao Comitê de Ética em Pesquisa e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária sobre os eventos adversos graves que venham a ocorrer durante o desenvolvimento da pesquisa.
- VII. Iniciar a coleta de dados somente após obter as aprovações necessárias por parte do CEP/UESB e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando for o caso;
- VIII. No caso de submissão de projeto da modalidade "Relato de Caso", mesmo com a coleta de dados já tendo sido iniciada, divulgar estes dados somente após a aprovação do CEP/UESB;
- IX. Estar devidamente cadastrado na Plataforma Brasil.

#### TÍTULO 2

##### Compromissos Financeiro e Orçamentário

- I. Não haverá pagamentos ao participante da pesquisa por conta da sua participação:
  - a) Admite-se, entretanto, o ressarcimento de despesas relacionadas à sua participação no estudo, se necessário, tais como despesas com transporte e alimentação;
- II. Nenhum exame ou procedimento realizado em função da pesquisa pode ser cobrado do participante, do seu responsável ou do agente pagador de sua assistência (no caso de pesquisas clínicas), devendo o pesquisador ou o patrocinador do estudo cobrir tais expensas;
- III. O duplo pagamento pelos procedimentos não pode ocorrer, especialmente envolvendo gasto público não autorizado (pelo SUS);
- IV. A Instituição proponente, as participantes, as coparticipantes e aquelas que figurarem como campo de coleta de dados devem ter conhecimento da pesquisa e de suas repercussões orçamentárias;

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – UESB/Inqipe  
Rua 10, 100 - 10000-000 - Brasília, DF

Rubricas:



- V. O A remuneração do pesquisador deve constar como item específico de despesa no orçamento da pesquisa;
- a) Este pagamento nunca pode ser de tal monta que induza o pesquisador a provocar alteração da relação riscos/benefícios para os participantes.

### TÍTULO 3

#### Compromisso de Indenização

- I. É garantido aos participantes da pesquisa (e aos seus responsáveis ou acompanhantes, quando cabível) o direito à indenização (cobertura material), em reparação a dano imediato ou tardio, que comprometa o indivíduo ou a coletividade, seja na dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano;
- II. Sob hipótese alguma será exigida dos participantes da pesquisa a renúncia ao direito à indenização.

### TÍTULO 4

#### Compromisso Metodológico

- I. Toda a pesquisa envolvendo seres humanos produz riscos. Destarte, serão admissíveis apenas as pesquisas nas quais o risco seja justificado em relação ao benefício esperado. (Resolução CNS Nº 466/2012 – V. I.a);
- II. É eticamente inútil, -e, portanto, inaceitável-, a pesquisa cujo projeto seja inadequado do ponto de vista metodológico;
- III. O arquivo contendo a íntegra do projeto de pesquisa deve, em especial, delinear, claramente, os critérios de inclusão e exclusão referentes ao estudo; descrever, detalhadamente, a metodologia a ser utilizada e informar, de forma adequada e atualizada, a lista de referências bibliográficas utilizada.

### TÍTULO 5

#### Compromisso Documental

- I. É imprescindível entregar, ao CEP/UESB e, quando cabível, à CONEP, relatórios parciais (no mínimo semestrais) e finais da pesquisa, bem como notificações de eventos adversos sérios e imprevistos que venham a ocorrer durante o andamento do estudo.
- II. Cabe ao pesquisador acompanhar todos os trâmites de seu projeto na Plataforma Brasil, independentemente de qualquer mensagem enviada pelo sistema.

*Jequié, 13 de Junho de 2021.*

#### ASSINATURAS

**Pesquisador Responsável:**

**Orientador(a)/Orientando(a):**  
Luzia Wilma Santana da Silva  
Carla Manoela Oliveira de Araújo

*Carla Manoela Oliveira de Araújo*

*Luzia Wilma Santana da Silva*

*Luzia Wilma Santana da Silva*

*[Rubrica]*

## APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RELAÇÕES ÉTNICAS  
 E CONTEMPORANEIDADE – PPGREC  
 ÓRGÃO DE EDUCAÇÃO E RELAÇÕES ÉTNICAS - ODEERE



### QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Prezada participante,

Este instrumento é um questionário sociodemográfico e de saúde da pesquisa: "Relações étnico-raciais e psiquismo: a vulnerabilidade social de mulheres adulto-idosas", composto por 26 perguntas. O tempo para respondê-lo é de aproximadamente 30 minutos. A senhora/Você irá assinalar um item por questão.

Desde já muito agradecida por sua participação na pesquisa.

### DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Nome completo:

\_\_\_\_\_

2. Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ anos

3. Naturalidade:

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

4. Estado civil:

- Casada
- Solteira
- Divorciada
- União estável
- Viúva
- Outro \_\_\_\_\_

5. Etnia/raça:

- Preta ou negra
- Parda ou marrom



- Branca
- Amarela
- Indígena
- 

**6. Pertencimento étnico-racial:**

- Quilombola
- Indígena
- Branco
- Negro
- Árabe
- Cigano
- Outro: \_\_\_\_\_

**7. Religião:**

Praticante: ( ) Sim                      Não ( )                      Tempo: \_\_\_\_\_

- Espírita
- Cristã/católica
- Cristã/protestante
- Umbandista
- Candomblecista
- Islâmica
- Ateísta
- Budista
- Agnóstica
- Outra religião não citada.

**8. Profissão:**

Atual: \_\_\_\_\_

Anterior: \_\_\_\_\_

Aposentada: Não: ( ) Sim ( ) A quanto tempo: \_\_\_\_\_

**9. Renda familiar:**

Renda Individual:

- até 1 salário
- de 2 a 4 salários
- mais de 5 salários

**Renda Familiar:**

- de 1 a 2 salários
- de 3 a 5 salários
- mais de 6 salários

**10. Nível de escolaridade:**

- Analfabeto
- Alfabetizado sem escolarização
- Ensino Fundamental Completo
- Ensino Fundamental Incompleto
- Ensino Médio Completo
- Ensino Médio Incompleto
- Ensino Superior Completo
- Ensino Superior Incompleto
- Pós-graduação

**11. Situação de Moradia**

Mora com:  Cônjuge  Cônjuge e filho(s)  Filho(s)  Sozinho  
 Outro. Especifique. \_\_\_\_\_

Tipo de casa:  Térrea  Apto andar nº \_\_\_\_\_

Energia elétrica:  Sim  Não.  
 Por quê? \_\_\_\_\_

Abastecimento de Água:  Sim  Não. Por quê? \_\_\_\_\_

Destino fezes/urina:  Sistema de esgoto  Fossa  Outro: \_\_\_\_\_  
 Destino do lixo:  Coletado  Queimado/enterrado  
 Outro: \_\_\_\_\_

**12. Fumo e bebida alcoólica**

Fuma:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Já fumou
Se sim, fuma há quanto tempo:	<input type="checkbox"/> Alguns meses	<input type="checkbox"/> 1 a 5 anos	<input type="checkbox"/> 6 a 10 anos
	<input type="checkbox"/> 11 a 15 anos	<input type="checkbox"/> Mais de 16 anos	
Cigarros por dia:	<input type="checkbox"/> 5 a 10	<input type="checkbox"/> mais de 10	
	<input type="checkbox"/> 1 carteira	<input type="checkbox"/> 2 ou mais carteiras	
Se já fumou, tempo que parou:	<input type="checkbox"/> Alguns meses	<input type="checkbox"/> 1 a 10 anos	<input type="checkbox"/> 6 a 10 anos
	<input type="checkbox"/> 11 a 15 anos	<input type="checkbox"/> Mais de 16 anos	
Bebe álcool:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Já bebeu
Se sim, frequência:	<input type="checkbox"/> Esporadicamente	<input type="checkbox"/> Finais de semana	<input type="checkbox"/> Todo dia

**QUESTÕES RELACIONADAS À CONDIÇÃO DE SUA SAÚDE**

**13. Estado vacinal para Covid-19**

SIM ( ) NÃO ( )

1ª. Dose ( )

1ª. e 2ª. Doses ( )

**14. Tem alguma doença crônica?**


---



---

**15. Que tratamento é realizado para o controle da doença crônica ou das doenças crônicas?**


---



---



---

**16. Pratica exercício físico?**

( ) Não ( ) Sim.

Se sim, quantas vezes por semana?

( ) 1x ( ) 2x ( ) 3x ou mais

**17. Como considera que está a sua saúde física, mental e psicológica?**


---



---



---



---

**18. Que avaliação subjetiva a senhora/você faz de sua saúde**

De modo geral, como avalia a sua saúde no momento atual?	( ) Mt boa	( ) Boa	( ) Regular	( ) Ruim	( ) Mt ruim
Como avalia sua saúde hoje, em comparação com um ano atrás?	( ) Melhor		( ) Igual		( ) Pior
Como avalia sua saúde em comparação com a de outras pessoas da sua idade?	( ) Melhor		( ) Igual		( ) Pior
Como avalia sua saúde em comparação com a de outras pessoas de sua raça/etnia?	( ) Melhor		( ) Igual		( ) Pior

---

Como avalia o cuidado que dedica à sua saúde?    ( ) Mt boa    ( ) Boa    ( ) Regular    ( ) Ruim    ( ) Mt ruim

---

**19. Frequenta uma unidade básica de saúde do SUS em Jequié?**

- Sim
- Não

Se não, por quê? \_\_\_\_\_

**20. Caso frequente, qual serviço procura?**

\_\_\_\_\_

**21. Tem alguma dificuldade de acesso ao serviço público de saúde em Jequié?**

\_\_\_\_\_

**22. Na unidade básica de saúde do SUS que a senhora/você é cadastrada tem atendimento psicológico? Se não, gostaria que tivesse e porque?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**23. Considera que na unidade básica de saúde, que a senhora/você frequenta os direitos à saúde são garantidos a todas as pessoas, não importando a cor, religião, se homem ou mulher, se criança ou pessoa idosa e a condição econômica desta pessoa?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**24. Como se sente ao buscar os serviços públicos de saúde em Jequié?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**25. O que entende por discriminação étnico-racial?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**26. A senhora/você se sente ou já se sentiu discriminada?**

- Sim

- Não

Se sim, descreva o que sente ou sentiu:

---

---

---

---

---

---

---

---

## APÊNDICE D – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RELAÇÕES ÉTNICAS  
E CONTEMPORANEIDADE – **PPGREC**  
ÓRGÃO DE EDUCAÇÃO E RELAÇÕES ÉTNICAS - **ODEERE**



### QUESTÕES NORTEADORAS

Este é um estudo sobre Relações étnico-raciais e psiquismo: a vulnerabilidade social de mulheres adulto-idosas, uma pesquisa de dissertação de mestrado realizada por mim Carla Manoela Oliveira de Araújo sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luzia Wilma Santana da Silva do Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Pedimos a sua colaboração, respondendo as perguntas:

Muito obrigada por sua participação!

### ENTREVISTA

1. A senhora/você se autodeclara preta, parda, branca, amarela ou indígena?
2. Como se sente em relação a si mesma ao se autodeclarar como preta, parda, branca, amarela ou indígena?
3. Como se sente em relação às pessoas de acordo a seus hábitos, crença e expressões religiosas?
4. Como se sente em relação às pessoas por ser mulher?
5. Como se sente em relação aos cuidados de saúde que recebe na unidade de Saúde da Família que é cadastrada?
6. Consegue identificar alguma causa para algum tipo de sofrimento que já tenha enfrentado na vida por sua etnia/raça?
7. Consegue identificar alguma causa para algum tipo de sofrimento que já tenha enfrentado na vida por seus hábitos, crença e expressões religiosas?
8. Consegue identificar alguma causa para algum tipo de sofrimento que já tenha enfrentado na vida por ser mulher?
9. Caso tenha conseguido identificar algum tipo de sofrimento na sua vida relacionado à etnia/raça, crença, hábitos e gênero. A senhora/você consegue lidar com isso?
10. De que maneira isso afetou ou afeta sua vida?

## APÊNDICE E – OBSERVAÇÃO DA COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RELAÇÕES ÉTNICAS  
 E CONTEMPORANEIDADE – PPGREC  
 ÓRGÃO DE EDUCAÇÃO E RELAÇÕES ÉTNICAS - ODEERE



### OBSERVAÇÃO DA COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL (Diário de Campo)

Sistematizar as informações a serem observadas durante a entrevista expressa na comunicação não verbal<sup>2</sup> ou linguagem corporal da participante durante a entrevista, para o registro da pesquisadora na ferramenta Diário de Campo, objetivando complementar o processo da comunicação verbal para a maior compreensão dos dados na fase de transcrição e análise. Entende-se por comunicação não verbal a expressão corporal e facial, gestos e reações do corpo a estímulos variados, os quais tem grande importância à temática proposta pela pesquisa em foco.

Serão observados durante a entrevista:

- 1) **Paralinguagem - entonação de voz e eventuais pausas na fala.**
- 2) **Cinésica - movimentos em partes do corpo ou em todas as partes do corpo (linguagem corporal): como expressão facial, postura corporal e gestos que acompanhem os atos linguísticos.**
- 3) **Proxêmica – utilização do espaço e de distanciamento durante a entrevista**

<sup>2</sup> A pesquisadora que também é psicóloga subsidiará sua capacidade de observação para o registro da comunicação não verbal em **Ray L. Birdwhistell** (antropólogo norte-americano que desenvolveu estudos sobre a cinésica) Em seus estudos se empenhou em despertar os observadores a não apenas ouvir o que as pessoas dizem, mas também observar o que fazem quando o dizem – a linguagem corporal. Disponível em: [http://web.archive.org/web/20140306115438/http://articles.philly.com/1994-10-22/news/25872138\\_1\\_body-language-smile-researchers](http://web.archive.org/web/20140306115438/http://articles.philly.com/1994-10-22/news/25872138_1_body-language-smile-researchers) Acesso em: 27 de mai. 2021.

**ANEXO**





**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS E PSQUISMO: A VULNERABILIDADE SOCIAL DE MULHERES ADULTO-IDOSAS

**Pesquisador:** CARLA MANOELA OLIVEIRA DE ARAUJO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 48146821.4.0000.0055

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.836.956

**Apresentação do Projeto:**

"O referencial teórico assenta-se na temática das relações étnico-raciais, psiquismo e vulnerabilidade social. De metodologia qualitativa, exploratória e descritiva, terá como cenário o Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivência com Doenças Crônicas (NIEFAM), vinculado ao Departamento de Saúde II, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, e deste as mulheres negras em enfrentamento por doenças crônicas que forem anuentes a pesquisa. Serão os instrumentos um questionário

e uma entrevista semiestruturada. Os dados serão analisados segundo o modelo interativo de análise de dados sugerido por Miles e Huberman. A coleta de dados acontecerá somente após a aprovação do projeto pelo CEP/UESB, e com a anuência das participantes por meio assinando o TCLE. Pretende ter uma amostra de 10 (dez) participantes, o que será definido pela saturação dos dados".

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

"Verificar nas relações étnico-raciais vulnerabilidades que se relacionam com o sofrimento psíquico de mulheres negras adulto-idosas e sua possível influência no processo de vulnerabilização às doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)".

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)

**Bairro:** Jequiezinho

**CEP:** 45.206-510

**UF:** BA

**Município:** JEQUIE

**Telefone:** (73)3528-9727

**Fax:** (73)3525-6683

**E-mail:** cepjq@uesb.edu.br



Continuação do Parecer: 4.836.956

**Objetivo Secundário:**

Analisar os fatores que contribuem com o sofrimento psíquico de mulheres negras adulto-idosas em enfrentamento pelas doenças crônicas Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2).

Indicar os marcadores de gênero que permeiam as vulnerabilidades sociais de mulheres negras adulto-idosas em enfrentamento por doenças crônicas Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2).

Investigar situações de vulnerabilização que demandam intervenções psíquicas em mulheres negras adulto-idosas em enfrentamento por doenças crônicas Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), na Atenção Básica em Saúde".

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos e benefícios descritos no formulário da PB:

Riscos: "Responder questões sensíveis sobre suas condições de vida, saúde física e mental possa revelar sentimentos que podem possibilitar constrangimento, desconforto, vergonha e medo referente a sua identificação no estudo, também pode apresentar cansaço ao responder ao questionário e a entrevista".

Benefícios:

"A pesquisa não trará benefícios diretos, mas é esperado que através dos seus resultados em tempo futuro possa contribuir aos cuidados à saúde das pessoas, na Atenção Básica em Saúde, em saúde física e mental das mulheres negras em situação vulnerabilidade de classe e gênero. A pesquisa poderá possibilitar releituras de comportamentos opressivos e excludentes na sociedade contemporânea aos cuidados das mulheres negras com doenças crônicas não transmissíveis para a ressignificação de sofrimentos psíquicos e de traumas raciais pela compreensão e elaboração da necessidade de acesso à saúde mental na Atenção Básica em Saúde".

No TCLE consta: "Trabalharemos cuidadosamente as questões do questionário e da entrevista para que o seu tempo ao respondê-los não lhe cause cansaço. Referente a sentimentos desconfortantes que possam advir da pesquisa buscaremos trabalhar os valores de confiança e respeito, princípios que poderão contribuir a evitar a ocorrência destes. O processo de entrevista será conduzido com situações que não leve o indivíduo a emoções fortes, em razão disso, a própria pesquisadora responsável é psicóloga atuante na profissão, o que a habilita a buscar desenvolver uma entrevista com o cuidado refino que a ciência Psicologia instrui para evitar situações de risco mediante as questões emocionais que a pergunta possa trazer".

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)

**Bairro:** Jequiezinho

**CEP:** 45.206-510

**UF:** BA

**Município:** JEQUIE

**Telefone:** (73)3528-9727

**Fax:** (73)3525-6683

**E-mail:** cepjq@uesb.edu.br



Continuação do Parecer: 4.836.956

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de pesquisa da área das Ciências Humanas, vinculado a um Programa de Pós-graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados:

- 1.Folha\_de\_Rosto\_pdf.pdf (OK);
- 2.DECLARACAO.pdf (OK);
- 3.TCLE.pdf (RECOMENDAÇÕES);
- 4.PROJETO.pdf (RECOMENDAÇÕES) e
- 5.PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1765716.pdf (OK)

**Recomendações:**

Há recomendações:

1. Considerando-se o trecho descrito no projeto: "Ter-se-á em observância a necessidade de disponibilização de número de celular ou telefone fixo de modo a disponibilidade da pesquisadora, referente a dirimir dúvidas sobre o estudo e ou TCLE", o número de participantes do projeto (10) e o vínculo das participantes ao núcleo de ensino-pesquisa-extensão que compõe o cenário do estudo, entende-se que quaisquer eventuais dúvidas das participantes com a leitura do TCLE poderão ser prontamente atendidas pelas pesquisadoras. Cabe, entretanto a este CEP orientar que, no TCLE, as informações devem ser mais resumidas, não sendo necessário por exemplo transcrever todos os objetivos do estudo (geral e específicos).
2. Conforme as Resoluções 466/2012 e 510/2016, recomenda-se utilizar "participantes de pesquisa" invés de "sujeitos do estudo".
3. 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, apenas recomendações (verificar seção anterior neste parecer "Recomendações").

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em reunião extraordinária no dia 08/07/2021, por videoconferência autorizada pela CONEP, a plenária deste CEP/UESB aprovou o parecer do relator.

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)  
**Bairro:** Jequiezinho **CEP:** 45.206-510  
**UF:** BA **Município:** JEQUIE  
**Telefone:** (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



Continuação do Parecer: 4.836.956

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1765716.pdf	13/06/2021 22:09:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	13/06/2021 21:58:36	CARLA MANOELA OLIVEIRA DE ARAUJO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/06/2021 21:55:46	CARLA MANOELA OLIVEIRA DE ARAUJO	Aceito
Outros	DECLARACAO.pdf	13/06/2021 21:53:49	CARLA MANOELA OLIVEIRA DE ARAUJO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_pdf.pdf	03/06/2021 21:55:31	CARLA MANOELA OLIVEIRA DE ARAUJO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JEQUIE, 09 de Julho de 2021

---

**Assinado por:**  
**Cristiane Alves Paz de Carvalho**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)  
**Bairro:** Jequiezinho **CEP:** 45.206-510  
**UF:** BA **Município:** JEQUIE  
**Telefone:** (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br