



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO E RELAÇÕES  
ÉTNICO-RACIAIS**

MIRIAN SANTOS LIMA

**A RELAÇÃO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS E A SAÚDE DA MULHER NEGRA  
NO MUNICÍPIO DE ILHÉUS/BA**

Itabuna

2022

MIRIAN SANTOS LIMA

**A RELAÇÃO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS E A SAÚDE DA MULHER NEGRA  
NO MUNICÍPIO DE ILHÉUS/BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ensino e Relações Étnico-Raciais (PPGER) da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) para obtenção do título de Mestra em Ensino e Relações Étnico-Raciais.

Área de Concentração: Ensino/Educação

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Célia Regina da Silva

Itabuna

2022

**Catálogo na Publicação (CIP)  
Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)  
Sistema de Bibliotecas (SIBI)**

L732r Lima, Mirian Santos, 1989 -  
A relação das práticas educativas e a saúde da mulher negra no município de  
Ilhéus/Ba. / Mirian Santos Lima. – Itabuna, 2022.  
106 f.

Orientadora: Célia Regina da Silva

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Sul da Bahia. Instituto de  
Humanidades, Artes e Ciências. Programa de Pós-Graduação em Ensino e  
Relações Étnico-Raciais. Campus Jorge Amado.

1. Saúde – Mulheres – Negras. 2. Saúde – Educação. 3. Saúde da Família –  
Estratégias. I. Silva, Célia Regina da. II. Título.

CDD – 372.37

**A RELAÇÃO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS E A SAÚDE DA MULHER NEGRA  
NO MUNICÍPIO DE ILHÉUS/BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino e Relações Étnico-Raciais da Universidade Federal do Sul da Bahia, como requisito para a obtenção do título de Mestra em Ensino e Relações Étnico-Raciais.

Avaliado em 25 de março de 2022

**COMISSÃO EXAMINADORA**



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Célia Regina Silva (Presidente)  
Universidade Federal do Sul da Bahia



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Cristina Santos Peixoto (Examinadora interna)  
Universidade Federal do Sul da Bahia



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Joilda Silva Nery (Examinadora externa)  
Universidade Federal da Bahia

À minha mãe, Estelita dos Santos (*in memoriam*).

## AGRADECIMENTOS

A Deus e aos bons irmãos de luz que estiveram presentes nesta longa caminhada me dando forças para que eu chegasse até aqui.

A Estelita dos Santos (*in memoriam*), minha mãe, que permanece viva em minha memória e nos meus pensamentos. A ela que com a força de uma guerreira esteve comigo até o início de minha adolescência e permanece me guiando até hoje. Você continua a ser minha luz.

Às minhas irmãs, Márcia e Michele, que nutro um amor incondicional e de quem recebo amor, muito amor. Fomos e seremos nós até o fim, vocês são minha certeza de nunca estar sozinha.

Aos meus sempre pequenos Alice, Ryan e Gabriel, meus sobrinhos, minha extensão de amor, minha fonte de carinho.

A minha família, em sua extensão, em especial ao meu avô Miguel. Mesmo distante todos contribuíram para que meu sonho se realizasse. A todos o meu muito obrigada.

A minha querida orientadora Célia Regina que desde que nos conhecemos acreditou e me deu forças para que eu acreditasse que seria possível estar num lugar que eu nunca acreditei ser para mim. Ao seu carinho e seus ensinamentos.

Aos meus colegas de orientação por terem sido fortaleza em diversos momentos. O que seria da gente se não fosse à gente? Risos

Aos colegas do PPGER/UFSB com quem compartilhei sentimentos e aprendizado no caminho.

Às minhas professoras da graduação em serviço social na Universidade Católica do Salvador que com muita ternura e carinho despertaram em mim o amor pela pesquisa e o amor pelo conhecimento.

A todas as minhas professoras do caminho. O que seria de mim sem o estímulo que estas mestras me deram? O que seria de mim sem o carinho e altivez com que me acompanharam? Muito obrigada.

Aos meus amigos e minhas amigas que souberam reconhecer que a amizade é um sentimento de liberdade, amor e apoio. Não quero cometer o erro de esquecer um nome, pois foram muitos me ajudando a caminhar, acreditando que eu seria capaz mesmo quando eu desacreditava em mim. Obrigada pela contribuição no diálogo, nos questionamentos e pelas palavras. Obrigada por me oferecerem força quando eu mais precisava.

Às equipes de saúde da unidade de saúde Nossa Senhora da Vitoria pelo carinho e o cuidado que sempre tiveram comigo. Pelos abraços. Pelo acolhimento. Pela força. Por aceitarem o desafio de contribuir com minha pesquisa. Não há palavras que expresse minha gratidão a vocês. Muito obrigada.

À Secretaria de Saúde de Ilhéus onde encontrei em alguns momentos apoio e incentivo para caminhar no mestrado.

Às mulheres negras que li, aprendi e que foram e são inspirações pela luta da saúde das mulheres negras.

Por fim, agradeço a todos que indiretamente contribuíram para que este sonho se tornasse possível.

## RESUMO

A compreensão da importância de refletir e propor caminhos para melhoria da assistência à saúde das mulheres negras norteia esta dissertação. Assim propôs-se uma pesquisa cujo objetivo foi avaliar em que medida os processos de educação em saúde, realizados pelas equipes de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Nossa Senhora da Vitória (Ilhéus/BA), envolvem a questão da saúde da mulher negra. Neste sentido, apresento inicialmente um memorial descritivo para explicitar minha trajetória pessoal, profissional e acadêmica que revelam minha aproximação com a temática. Posteriormente o referencial teórico busca ofertar elementos para reflexão acerca da questão da saúde da mulher negra, explicitando como os determinantes sociais incidem na saúde e como o racismo e o sexismo combinados gera adoecimento. A educação em saúde, compreendida como um conjunto de práticas pedagógicas realizadas no âmbito da saúde é vista como possibilidade para promoção a saúde de tais mulheres. Para realização da pesquisa foram entrevistados médicos, enfermeiros, agentes comunitários e técnico de enfermagem que atuam nas três equipes com compõe a ESF Nossa Senhora da Vitória. As entrevistas foram realizadas entre os meses de agosto e setembro do ano de 2021 na unidade de saúde. A pesquisa predominantemente qualitativa foi analisada com base na análise de discurso dos profissionais. A estratégia utilizada para coleta de dados foi a entrevista semiestruturada. O método de análise dos dados utilizado foi a análise de discurso com base em Foucault, pois compreendeu-se que se trata de importante ferramenta metodológica que busca captar o que está implícito no discurso. Os resultados da pesquisa apontam que os profissionais reconhecem a existência de racismo na sociedade, porém isso não reflete na observância no racismo na área de saúde. Outros achados dão conta de que há desconhecimento dos profissionais sobre tópico referente a saúde da mulher negra na Política Nacional de Saúde da Mulher e que se desconhece a existência da Política Nacional de Saúde da População Negra. No que tange as práticas educativas observou-se nos resultados da pesquisa que há práticas educativas desenvolvidas nas unidades de saúde, porém não envolvem a questão de saúde da mulher negra. Deste modo, os resultados confirmam a hipótese ora levantada apontam a necessidade dos profissionais em tematizar nas ações educativas já realizadas a saúde da mulher negra. Desta maneira, instigar práticas de educação em saúde menos discriminatórias, mais justas e atentas às questões étnico-raciais e de gênero, reconhecendo-as enquanto determinantes sociais do processo saúde-doença. Por fim, é explicitado o produto final que é material um audiovisual que busca auxiliar os profissionais no desenvolvimento de ações que promovam a integralidade do cuidado para saúde da mulher negra.

**Palavras-chave:** Saúde da mulher negra. Educação em saúde. Estratégia de Saúde da Família

## RESUMEN

Comprender la importancia de reflexionar y proponer formas de mejorar la atención a la salud de las mujeres negras guía esta disertación. Así, se propuso una investigación cuyo objetivo fue evaluar en qué medida los procesos de educación en salud, realizados por los equipos de salud de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) Nossa Senhora da Vitoria (Ilhéus/BA), involucran la cuestión de la salud da mujer negra. En ese sentido, presento inicialmente un memorial descriptivo para explicar mi trayectoria personal, profesional y académica que revelan mi acercamiento al tema. Posteriormente, el marco teórico busca ofrecer elementos para la reflexión sobre el tema de la salud de las mujeres negras, explicando cómo los determinantes sociales afectan la salud y cómo el racismo y el sexismo combinados generan enfermedades. La educación en salud, entendida como un conjunto de prácticas pedagógicas realizadas en el campo de la salud, es vista como una posibilidad de promoción de la salud de esas mujeres. Para realizar la investigación, fueron entrevistados médicos, enfermeros, agentes comunitarios y técnicos de enfermería que actúan en los tres equipos que componen la ESF Nossa Senhora da Vitória. Las entrevistas se realizaron entre agosto y septiembre de 2021 en la unidad de salud. La investigación predominantemente cualitativa fue analizada a partir del análisis del discurso de los profesionales. La estrategia utilizada para la recolección de datos fue la entrevista semiestructurada. El método de análisis de datos utilizado fue el análisis del discurso basado en Foucault, pues se entendió que es una importante herramienta metodológica que busca captar lo implícito en el discurso. Los resultados de la investigación indican que los profesionales reconocen la existencia del racismo en la sociedad, pero eso no refleja la observancia del racismo en el área de la salud. Otros hallazgos muestran que existe un desconocimiento por parte de los profesionales sobre el tema relacionado con la salud de la mujer negra en la Política Nacional de Salud de la Mujer y que se desconoce la existencia de la Política Nacional de Salud de la Población Negra. En cuanto a las prácticas educativas, se observó en los resultados de la investigación que existen prácticas educativas desarrolladas en las unidades de salud, pero no involucran el tema de la salud de la mujer negra. De esa forma, los resultados confirman la hipótesis aquí planteada, apuntando para la necesidad de que los profesionales tematicen la salud de la mujer negra en las acciones educativas ya realizadas. De esta forma, impulsar prácticas de educación en salud menos discriminatorias, más justas y atentas a las cuestiones étnico-raciales y de género, reconociéndolas como determinantes sociales del proceso salud-enfermedad. Finalmente, se explica el producto final, que es un material audiovisual que busca auxiliar a los profesionales en el desarrollo de acciones que promuevan la integralidad de la atención a la salud de las mujeres negras.

**Palabras clave:** Salud de la mujer negra. Educación para la salud. Estrategia de Salud de la Familia

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Modelo de Determinantes Sociais de Dahlgren e Whitehead.	36
<b>Figura 2</b> – Proporção de jovens de 15 a 29 anos que não estudavam e não estavam ocupados, segundo o sexo e a cor ou raça, e sua distribuição percentual, por situação na força de trabalho no Brasil em 2018.	44
<b>Figura 3</b> – Razão de rendimentos das pessoas ocupadas (%) com 14 ou mais anos de idade no ano de 2018.	45
<b>Figura 4</b> – Distribuição dos participantes por cargo ocupado na Unidade de Saúde Nossa Senhora da Vitória -Ilhéus/BA no período de agosto-setembro de 2021.	63
<b>Figura 5</b> – Distribuição dos participantes por sexo na Unidade de Saúde Nossa Senhora da Vitória, município- Ilhéus/BA no período de agosto-setembro de 2021.	64
<b>Figura 6</b> – Autodeclaração de raça/cor dos profissionais da Unidade de Saúde da Família de Nossa Senhora da Vitória que participaram da pesquisa. Ilhéus, Bahia – no período de agosto-setembro de 2021	65
<b>Figura 7</b> – Palavras utilizadas pelos entrevistados para elencar as práticas educativas em saúde realizadas,	80

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Respostas dos profissionais da Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora da Vitória a respeito de exemplos de racismo na área da saúde. Ilhéus/Bahia, agosto-setembro 2021. 65
- Quadro 2** – Respostas dos profissionais da Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora da Vitória sobre o contato com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Ilhéus/Bahia, agosto-setembro 2021. 68
- Quadro 3** – Respostas dos profissionais da Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora da Vitória sobre a dificuldade no preenchimento do campo “raça/cor” nos sistemas e formulários utilizados na área de saúde. Ilhéus/Bahia, agosto-setembro 2021. 69
- Quadro 4** – Respostas dos profissionais da Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora da Vitória sobre conhecimento em relação à saúde da mulher negra. Ilhéus/Bahia, agosto-setembro 2021. 72
- Quadro 5** – Respostas dos profissionais da Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora da Vitória sobre conhecimento em relação a situações de saúde que envolvem a mulher negra. Ilhéus/Bahia, agosto-setembro 2021. 74
- Quadro 6** – Respostas dos profissionais da Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora da Vitória sobre a realização de ações em saúde na Unidade onde atuam. Ilhéus/Bahia, agosto-setembro 2021. 78

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ACS</b>	Agentes Comunitários de Saúde
<b>CDSS</b>	Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde
<b>CNCD</b>	Conselho Nacional de Combate à Discriminação
<b>CNDSS</b>	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
<b>CNPIR</b>	Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial
<b>COVID-19</b>	<i>Corona Virus Disease</i> – 2019
<b>CRIA</b>	Centro de Referência Integral do Adolescente
<b>ENMN</b>	Encontro Nacional de Mulheres Negras
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>GEMINA</b>	Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Negritude, Gênero e Mídia
<b>GTDEO</b>	Grupo de Trabalho para a Eliminação da Discriminação no Emprego e na Ocupação
<b>GTI</b>	Grupo de Trabalho Interministerial
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>NASF</b>	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONG</b>	Organização Não-Governamental
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PNAD</b>	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
<b>PNAISM</b>	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

<b>PNEPS</b>	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
<b>PNPIR</b>	Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial
<b>PNPM</b>	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
<b>PNSIPN</b>	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
<b>PPGER</b>	Programa de Pós-Graduação em Ensino e Relações Étnico-Raciais
<b>PPGREC</b>	Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade
<b>RSB</b>	Reforma Sanitária Brasileira
<b>SESAB</b>	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
<b>SES-SP</b>	Secretaria de Saúde de São Paulo
<b>SIM</b>	Sistema de Informações sobre Mortalidade
<b>SINASC</b>	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UCSAL</b>	Universidade Católica do Salvador
<b>UESB</b>	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
<b>UESC</b>	Universidade Estadual de Santa Cruz
<b>UFSB</b>	Universidade Federal do Sul da Bahia
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>16</b>
<b>PARTE I</b>	
<b>1 “NOSSOS PASSOS VÊM DE LONGE”: TRAJETÓRIA DE VIDA, ACADÊMICA E PROFISSIONAL</b>	<b>22</b>
1.1 O despertar para as questões sociais e raciais	22
1.2 A arte do encontro: a saúde da mulher negra estava na minha trajetória	24
1.3 O Programa de Pós-Graduação em Ensino e Relações Étnico-Raciais (PPGER)	26
<b>PARTE II</b>	
<b>2 TECENDO SABERES: SAÚDE, GÊNERO E RAÇA</b>	<b>32</b>
2.1 Determinação social do processo saúde-doença: impactos das desigualdades no adoecer	32
2.2 Gênero e raça: a saúde das mulheres negras	38
2.3 Direito à saúde: a luta das mulheres negras	46
2.4 Educação em Saúde: promoção da saúde através da transformação da prática	51
<b>PARTE III</b>	
<b>3 O PERCURSO METODOLÓGICO</b>	<b>58</b>
3.1 Tipo de estudo	58
3.2 Cenário da pesquisa	59
3.3 Participantes da pesquisa	59
3.4 Coleta dos dados	60
3.5 Análise e organização dos dados	61
3.6 Aspectos éticos da pesquisa	62
3.7 Produto final: vídeo educativo	62
<b>PARTE IV</b>	
<b>4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA</b>	<b>63</b>
4.1 Perfil dos entrevistados	63
4.2 Racismo e saúde	65
4.3 Saúde da mulher negra	68
4.4 Processos educativos	77
<b>5 PRODUTO FINAL</b>	<b>81</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>82</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>84</b>
<b>APÊNDICE A – Roteiro De Entrevista</b>	<b>91</b>

<b>.APÊNDICE B – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (Entrevista Presencial)</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICE C – Termo De Consentimento Livre E Esclarecido (Entrevista Via <i>Google Meet</i>)</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>	<b>99</b>

## INTRODUÇÃO

Após avanços na Legislação Brasileira com a Constituição Cidadã de 1988, a saúde passou a ter um novo sentido; se antes esta política não era para todos, na Constituição ela passou a ser “direito de todos e dever do Estado”. A proposta é que as ações de saúde possam reduzir risco de doenças e que o acesso seja igualitário e universal. Criou-se, a partir desta perspectiva constitucional, o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi regulamentado através da Lei 8.080/90 e passou a compor o tripé da seguridade social brasileira. Universalidade, Integralidade e Equidade são os princípios que compõem o referido sistema.

A Lei 8.080/90<sup>1</sup>, em seu sétimo artigo, enfatiza no inciso IV a “*igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie*”. Isto posto, interessa-nos atenção ao princípio da equidade que coaduna com a proposta deste estudo.<sup>2</sup>

A equidade, para além de tratar os desiguais de forma desigual, enquanto conceito propõe um olhar em direção à justiça social e à uma saúde mais justa. Ao pensarmos em equidade, pode-se pensar na diminuição das desigualdades. E, quando o assunto é saúde da mulher negra, faz-se necessária uma reflexão acerca da importância deste princípio com vistas a compreender os impactos que o racismo e que o sexismo podem produzir na vida destas mulheres. A necessidade de garantir a equidade em saúde está em reconhecer as diferenças e proporcionar saúde a partir das demandas específicas das populações. A promoção da equidade para a população negra de modo geral está em observar os problemas evitáveis e agir para que o racismo não continue a adoecer esta população.

Triplamente discriminadas por aspectos que combinam sexo, raça e gênero, as mulheres negras necessitam do olhar à saúde com atenção ao princípio da equidade. Assim, é imprescindível observar tais questões para que se observe as especificidades destas mulheres e se direcione atenção à saúde mais equânime.

Desta maneira, a concepção de saúde proposta pelo SUS, cujo processo de nascimento está ligado à Reforma Sanitária Brasileira, leva em consideração que o processo de adoecimento ou da falta de saúde não pode ser explicado apenas a partir do olhar biológico. Neste sentido, o processo saúde-doença estaria ligado a outros fatores: os determinantes sociais, relacionados às

---

<sup>1</sup> Lei de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

<sup>2</sup> O princípio da equidade no SUS reflete a necessidade de reconhecer que grupos específicos necessitam de atenção para que o sistema de saúde se torne mais justo. Pensar e refletir a equidade no SUS é um dos caminhos para superar o racismo presente na saúde.

dimensões da vida humana, que deveriam ser levados em consideração ao se pensar o adoecer. Dentre estes fatores estão as questões étnico-raciais e de gênero.

A Organização das Nações Unidas (ONU), em 2017, apontou que 80% da população brasileira que depende do SUS se autodeclara negra<sup>3</sup>. O reconhecimento do racismo na sociedade brasileira é um ponto importante para compreender a situação vivenciada pela população negra. Fruto de uma ideologia dos colonizadores, o racismo foi a base para dominação dos povos africanos e para sua escravização. Assim, a história demonstra que a exploração, a negativa de direitos e a desumanização aos quais foi submetida a população negra ainda é muito presente na atualidade, e isto faz com que o racismo seja observado enquanto um determinante social da saúde.

Vale enfatizar que o processo de discriminação racial no Brasil utilizou-se de diversas estratégias, sendo algumas direcionadas às mulheres negras. Goes e Santos (2014) revelam que os métodos contraceptivos hormonais e a esterilização em massa foram ações direcionadas às mulheres negras com a finalidade de diminuir a população negra brasileira. As autoras ainda referem que na perspectiva de ordenação da sociedade buscou-se controle e regulação dos corpos das mulheres, e que isto se agrava no caso das mulheres negras por conta da presença do racismo.

Outra questão é o mito da democracia racial que foi adotado no pós-escravidão. A ideia de que não há diferença entre as raças e que há no Brasil uma democracia racial paira na sociedade. Tal questão tem impacto na vida de homens e mulheres negras, vez que é utilizada para negativa de direitos e para, muitas vezes, legitimar a situação de vulnerabilidade que vive a população negra.

Os dados apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2019 na pesquisa “Síntese de Indicadores Sociais”, demonstram que os indicadores apontam que a população negra em diversos aspectos tem os piores índices. A população branca auferia 10% dos maiores rendimentos enquanto apenas 5% da população preta ou parda tinha o mesmo rendimento em 2018. No mercado de trabalho, nas inadequações habitacionais e na ausência de saneamento, a população negra também contabiliza os piores índices. A mesma pesquisa ainda apontou que mulheres pretas e pardas, sem cônjuge e com filhos/filhas estão entre as que têm piores condições de moradia e de proteção social.

Quando se observa o componente de gênero nos índices sociais a situação das mulheres é evidentemente desfavorável se comparada às mulheres brancas. Dados recente de

---

<sup>3</sup>Link: <https://nacoesunidas.org/negros-tem-maior-incidencia-de-problemas-de-saude-evitaveis-no-brasil-alerta-onu/>

levantamento da ONU Mulheres<sup>4</sup> sobre a covid-19 evidenciou que houve um agravamento das disparidades de gênero e raça com a pandemia. Constatou-se que elas se dedicam em maior proporção ao trabalho doméstico quando comparadas as mulheres brancas. E que quando exercem trabalho remunerado fora de casa acumulam os afazeres domésticos, o cuidado com os filhos e os cuidados com a higiene e alimentação. Outro estudo<sup>5</sup> no âmbito da pandemia realizado pela Organização Não-Governamental (ONG) Criola observou que a mortalidade materna de grávidas e puérperas superou em 78% os óbitos de mulheres brancas no Brasil.

Salienta-se que o acesso à saúde para as mulheres negras sempre foi negligenciado em diversos aspectos; além disso, é importante colocar que as mesmas estão expostas ao adoecimento por conta de sua maior vulnerabilidade social. É válido frisar que há doenças que as acometem e que não estão somente ligadas às questões hereditárias (fator étnico/condição genética), somando-se a estes componentes as questões relacionadas à discriminação de gênero.

Doença falciforme, diabetes tipo II, hipertensão arterial, miomas uterinos, câncer de colo de útero e mortalidade materna (morte da mulher durante o parto) são algumas doenças que acometem as mulheres negras. É preciso ainda dizer que estas são as maiores vítimas de violência doméstica e obstétrica, ambas com fundamentação no componente de gênero.

Desta maneira, pensar a saúde das mulheres negras é promover saúde e, desta maneira, evitar doenças e mortes que poderiam ser evitadas. É necessário refletir sobre o acesso destas mulheres aos serviços em seus mais variados níveis de atenção e observar suas demandas específicas, o que coaduna com atenção ao princípio de equidade do SUS.

O processo de modificação na Política Nacional de Saúde direcionou níveis de atenção em saúde que podem ser de média/alta complexidade e de atenção básica. A atenção básica é considerada a porta de entrada dos serviços de saúde e opera um conjunto de ações individuais e coletivas dentro de um território adscrito através de ações de promoção, proteção, prevenção, reabilitação, entre outras. Apesar disso, escolheu-se o *locus* da Estratégia de Saúde da Família para o desenvolvimento da pesquisa. A unidade de saúde que leva o nome do bairro, Nossa Senhora da Vitória, localiza-se na região sul do município de Ilhéus – Bahia e compõe a rede de atenção básica municipal. A unidade de saúde é composta por três equipes e entre as diversas ações realizadas pelas unidades, está a educação em saúde. Composto as atribuições dos profissionais, esta é uma maneira pela qual a promoção e a prevenção à saúde podem ser

---

<sup>4</sup> Disponível em: [https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/12/COVID19\\_2020\\_informe2.pdf](https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/12/COVID19_2020_informe2.pdf)

<sup>5</sup> Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2021/11/mortalidade-materna-mulheres-negras-supera-78-obitos-mulheres-brancas/>

fomentadas.

Considerando que a educação é uma prática pedagógica que pode ocorrer em diversos lugares e está ligada à transformação, esta é uma possibilidade do indivíduo desenvolver suas potencialidades, alcançar criticidade e transformar a realidade. Sendo assim, as ações educativas na área de saúde no nível da atenção básica são extremamente importantes no que tange à prevenção do adoecimento e promoção da saúde, bem como as Unidades de Saúde da atenção básica configuram-se como importante espaço de promoção de saúde das mulheres negras.

O avanço no campo da saúde, com a perspectiva de um sistema que promova a equidade e que reconheça o racismo enquanto determinante social no processo saúde-doença dá sentido à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN, disposta na Portaria nº 992 de 13 de maio de 2009 (BRASIL, 2009). Este é um marco para a saúde pública brasileira, que evidencia o reconhecimento de que as iniquidades de saúde afetam a população negra e têm estreita relação com o racismo e com as desigualdades sociais. O principal objetivo da política supracitada é a *“promoção da saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS”*. Nesta mesma direção, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM (BRASIL, 2009) identifica que a situação das mulheres negras deve ser observada, visto que estas apresentam maior risco de contração e morte de determinadas doenças do que mulheres brancas. Além disso, o documento também refere que há situações envolvendo a saúde das mulheres negras que poderiam ser evitadas e, muitas vezes, geram dificuldade no acesso à saúde para estas mulheres.

Compreendendo estes elementos, propôs-se uma pesquisa cujo objetivo geral é avaliar em que medida os processos de educação em saúde envolvem a questão da saúde da população negra, com destaque para a saúde da mulher negra. Os objetivos específicos da pesquisa são: sensibilizar as equipes de saúde que atuam na ESF Nossa Senhora da Vitória quanto a questão da saúde da mulher negra e estimular a promoção de ações na unidade de saúde voltada para as mulheres negras.

Isto posto, a hipótese de pesquisa foi de que não há a implementação da PNSIPN no município de Ilhéus/BA e que há um desconhecimento dos profissionais da unidade de saúde Nossa Senhora da Vitória a seu respeito. Desta maneira, não há ações de educação em saúde voltadas à saúde das mulheres negras.

Neste sentido o trabalho busca instigar práticas de educação em saúde menos discriminatórias e mais justas, além de atentas às questões de determinação social do processo

saúde-doença. Assim, a escrita que se apresenta tem a proposta de dialogar com a questão da saúde da população negra com ênfase nas mulheres negras, no tocante aos processos educativos na área de saúde.

Como nos diz Ângela Davis, “*Quando a mulher negra se movimenta, toda a estrutura da sociedade se movimenta com ela*”. Assim, cuidar da saúde das mulheres negras é transformar a sociedade no sentido desta se tornar mais equânime; promover práticas de educação em saúde que observem o componente étnico-racial e de gênero é de suma importância para o Sistema Único de Saúde. Ademais, este trabalho busca despertar nos profissionais de saúde sensibilidade para olhar a saúde da mulher negra, e que os/as gestores implementem políticas de saúde que possam de fato ser antirracistas.

Desta maneira, apresento em quatro partes este processo de construção de conhecimento e espero que este possa ser um disparador para que os profissionais de saúde sejam sensíveis à promoção da saúde da população negra, assumindo um compromisso que é legal.

No primeiro capítulo apresento meu *Memorial* onde está contido minha trajetória de vida, acadêmica e profissional. Revelo um retrato de minha vida desde a adolescência até minha formação atual, bem como minha relação com as questões sociais e raciais que fizeram reconhecer-me enquanto mulher negra. Ademais, minha formação em Serviço Social, que é a realização de sonho que me instrumentalizou para a luta cotidiana por justiça social e para assumir o compromisso ético com a eliminação de toda forma de discriminação. Neste tópico também apresento minha aproximação com a questão da saúde da população negra a partir da inserção na área de saúde. Por fim, descrevo os aprendizados construídos no PPGER/UFSB (Programa de Pós-Graduação em Ensino e Relações Étnico-Raciais/ Universidade Federal do Sul da Bahia).

O segundo capítulo intitulado “*Tecendo Saberes: saúde, gênero e raça*” compõe o referencial teórico utilizado para nortear o trabalho. Neste, busca-se apresentar a importância da questão étnico-racial e de gênero enquanto um determinante social do processo saúde-doença. Evidenciam-se os impactos que as desigualdades geram no adoecer e como estes têm refletido na vida das mulheres negras. Apresenta-se a luta das mulheres negras pelo direito à saúde e como esta ação impactou na construção de políticas de equidade na saúde dando origem a algumas legislações. E, ainda, serão apresentadas algumas reflexões acerca dos processos educativos na área de saúde e suas possibilidades para promoção da saúde da mulher negra.

No terceiro capítulo do trabalho apresenta-se o percurso metodológico da pesquisa,

cuja proposta se enquadra em uma pesquisa do tipo descritiva. Ainda, é descrita a abordagem de pesquisa, predominantemente qualitativa, o campo da pesquisa, os sujeitos e o processo de desenvolvimento da pesquisa. Ademais se apresenta como a análise foi realizada tendo como base a análise de discurso e os procedimentos éticos da pesquisa.

No quarto capítulo são apresentados os resultados da pesquisa e realiza-se inferências com base na bibliografia estudada. Assim, para melhor disposição dos dados a apresentação foi dividida em seções: perfil dos entrevistados, racismo e saúde, saúde da mulher negra e processos educativos na área de saúde. Em cada sessão são apresentados os resultados das entrevistas com base nas temáticas.

Nas considerações finais são apresentadas reflexões acerca dos achados da pesquisa. Ainda, são evidenciadas as limitações deste estudo e indicações para a prática profissional com base nos achados da pesquisa.

Por fim, descreve-se o Produto Final. Apresenta-se o vídeo educativo, seu processo de construção e os elementos que o compõe. A proposta é que este vídeo educativo possa ser utilizado pelos profissionais para direcionar ações de educação em saúde para as mulheres negras.

## PARTE I

### 1 “NOSSOS PASSOS VÊM DE LONGE”: TRAJETÓRIA DE VIDA, ACADÊMICA E PROFISSIONAL

#### 1.1 O despertar para as questões sociais e raciais

Primeiramente é preciso dizer que, para contar a minha história, o meu caminhar e as minhas vivências que me permitiram estar no processo do mestrado, duas escritoras me inspiraram: Conceição Evaristo e Carolina Maria de Jesus.

A cirúrgica e suave escrita de Carolina Maria de Jesus me fez perceber que escrever sobre si é importante, nossa realidade transforma outras realidades como a própria autora o fez. Também não há como escrever sobre si sem lembrar de Conceição Evaristo e seu termo “escrevivências”, que se refere à escrita das mulheres negras num sentido de incomodar a casa grande de seus sonhos injustos. Assim, as histórias de nós mulheres negras devem ser contadas, escritas e postas no mundo. A gente precisa falar/escrever.

Meu primeiro contato com as questões sociais aconteceu no Centro de Referência Integral de Adolescentes<sup>6</sup> (CRIA) no início da adolescência. O teatro era utilizado como forma de arte-educação e enquanto possibilidade de transformar realidades. Além da atuação cênica havia momentos reflexivos nos quais eram realizadas as formações. Nestas, era possível discutir questões sobre saúde, identidade, sexualidade, participação social, mobilização comunitária, vivência escolar e mais outros assuntos que nos circundavam.

A noção de pertencimento a uma comunidade e a de ser uma adolescente negra foram meus primeiros despertar. O reconhecimento do pertencimento a um território que tinha suas potencialidades e suas questões me despertaram para as ações comunitárias. É importante enfatizar que a vinculação a uma comunidade era critério para fazer parte do CRIA, e esta vinculação estava atrelada à atuação comunitária; era preciso estar em atuação na comunidade refletindo os aprendizados.

---

<sup>6</sup> O CRIA é uma Organização Não-Governamental cuja missão é utilizar-se da arte-educação para provocar atitudes transformadoras na sociedade de forma coletiva. Desde 1994 atua em Salvador, especificamente está situado na área do centro da cidade e trabalha com adolescentes das mais diversas comunidades da capital baiana através da vivência comunitária.

As descobertas produziram caminhos em minha trajetória. Assim, foi nesse encontro de arte, questões sociais, raciais e vulnerabilidades que fiz minha primeira escolha de vida: ser assistente social.

Minha trajetória acadêmica inicia-se com minha inserção na Universidade Católica do Salvador – UCSAL, em 2010, no curso noturno de Serviço Social. Este não foi uma opção, foi uma escolha profissional de vida diante de minha trajetória na adolescência; diante do que eu já havia vivido, sentia a necessidade de atuar profissionalmente em favor das classes vulneráveis, numa perspectiva comunitária, ajudando pessoas a se reconhecerem enquanto sujeitos/as de direitos. O desejo era poder compreender as estruturas para poder auxiliar as pessoas de alguma forma e, de certa maneira, transformar a sociedade.

A primeira questão posta para minha formação em Serviço Social era buscar compreender o objeto de trabalho profissional. O estudo da chamada “questão social” me fez entender que o caminho era compreender a relação capital x trabalho e suas expressões de desigualdades que eram produzidas pela sociedade capitalista. Entendendo o Serviço Social como uma profissão que tem um processo de trabalho, pode-se dizer que o objeto de trabalho do Serviço Social é a questão social.

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e do seu ingresso no cenário político da sociedade exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia a qual passa a exigir outros tipos de intervenção além da caridade e da repressão (IAMAMOTO e CARVALHO, 2011, p. 84-85).

O Serviço Social atua sobre as questões a respeito da sobrevivência social dos setores majoritários da população brasileira. O Assistente Social utiliza como meio de trabalho o arsenal de conhecimento produzido em sua longa jornada de formação profissional, porém é imprescindível entender que ele não realiza este trabalho sozinho, necessitando assim de outros meios (financeiros, técnicos e humanos) para efetivação do seu trabalho. Deste modo, o Assistente Social é parte de um trabalho coletivo.

Realizada esta compreensão inicial sobre o objeto do trabalho, minha formação buscou dar bases para o reconhecimento da importância das políticas públicas. Naquele momento, compreendi que as políticas públicas estavam dentro de uma estratégia de ação pensada e planejada, guiada pela racionalidade coletiva na qual tanto o Estado quanto a sociedade desempenham papéis importantes; neste sentido, a política pública implica na intervenção do Estado, quer seja por meio de demandas ou por meio de controle democrático. Sendo então a

política pública um campo onde há conflitos de interesse, resultando na necessidade da tomada de decisões visando administrar estes conflitos, ela não significa somente ação, mas também a não-ação numa estratégia governamental intencional frente a um problema que é de sua responsabilidade. E assim fui tecendo mais aprendizados que foram essenciais para minha formação e minha trajetória, sobretudo acadêmica.

Durante o processo formativo tive contato com teorias que buscavam explicar a sociedade, destaco a aproximação com a teoria marxista e teoria gramsciana durante o curso. A necessidade de uma nova sociedade livre de exploração e mais justa foram consubstanciando os aprendizados. Desta maneira, compreendi que há necessidade de ações práticas na transformação das realidades.

Destaca-se que durante a Graduação fiz parte do Centro Acadêmico de Serviço Social Dandara. Não por acaso o Centro Acadêmico levava o nome de Dandara: o curso era eminentemente feminino e de mulheres altamente guerreiras e propositivas, e sentíamos também a necessidade de explicitar a luta das mulheres negras. Isto foi muito importante para meu processo de reconhecimento enquanto mulher negra e para que se evidenciasse o sofrimento da população negra por melhores condições de vida, sobretudo dentro do âmbito educacional. Foi possível compreender que a luta coletiva seria um caminho para as transformações societárias.

Foi especificamente durante a disciplina de “Pesquisa em Serviço Social”, estimulada pelas professoras que a ministraram, que comecei a “namorar” a pesquisa. Foi a partir do reconhecimento da importância da pesquisa que fui moldando minha trajetória acadêmica participando de eventos, apresentando artigos, resumos, e ampliando minha participação em eventos acadêmicos. Compreendia que somente assim poderia adentrar a área de pesquisa e conhecer caminhos.

Toda bagagem de aprendizado na Graduação me despertou a possibilidade de aprimorar minha vida acadêmica. Assim, em 2018, entrei como aluna especial no Programa de Pós-Graduação em Ensino e Relações Étnico-Raciais na Universidade Federal do Sul da Bahia e fui “me jogando”.

## **1.2 A arte do encontro: a saúde da mulher negra estava na minha trajetória**

O contato com a atenção à saúde, promoção e prevenção deu-se a partir da minha aprovação no concurso público municipal da Prefeitura de Ilhéus, no cargo de Assistente Social.

Ao tomar posse fui direcionada a atuar na Secretaria Municipal de Saúde, mais especificamente no Núcleo Ampliado de Saúde da Família<sup>7</sup> (NASF). Vale lembrar que já na posse tive contato com o racismo presente na área de saúde. Ao me identificar para posse eu, um corpo negro com minha estética negra, fui questionada se seria eu a assistente social que iria atuar na saúde: “Você é a Assistente Social?”. Naquele momento já comecei a imaginar o que poderia enfrentar.

Iniciei meu exercício no NASF fazendo parte da equipe multiprofissional que atuava dando suporte às Equipes de Saúde da Família que estavam localizadas no centro-sul de Ilhéus. Foi a partir desta experiência que foi tomando corpo o “compreender melhor a área da saúde”.

Minha atuação no NASF me possibilitou refletir diversas questões, visto que minha atuação necessitava de muitas intervenções que requeriam um constante aprimoramento e conhecimento. Destaco que este aprimoramento era necessário, visto que minha atuação profissional se dava em comunidades cuja maioria da população era visivelmente negra e que tinha os mais variados problemas sociais, violências e violações de direitos. Assim, ao buscar conhecer melhor a realidade, pude direcionar ações que fossem mais atentas e propositivas.

Na minha atuação sempre foi muito visível meu descontentamento com a saúde eminentemente branca e que não falava sobre determinantes sociais que envolviam raça e gênero. A partir disso fui buscando reconhecer como essas categorias se relacionavam com a área de saúde.

A partir de minha atuação fui convidada a integrar a equipe de Educadoras Populares em Saúde, o que me oportunizou ainda mais pensar a saúde para além da questão biológica. A Educação Popular em Saúde<sup>8</sup> é uma política pública que se insere na perspectiva da luta por uma saúde de qualidade e que busque reduzir as desigualdades sociais, com foco no protagonismo popular.

A partir desta experiência, foi possível ter contato com Paulo Freire e seu molde de educação baseado na emancipação e autonomia das pessoas, uma educação popular. Aliado à compreensão da necessidade da Atenção Básica como local de promoção de saúde a partir da prática do cuidado e da educação, fui moldando meus questionamentos na área de saúde.

Enquanto ministrava as aulas do curso de Educação Popular em Saúde para Agentes Comunitários de Saúde, fui aprovada como aluna especial no componente “Gênero,

---

7 Criados por Portaria em 2008, os NASFs têm como objetivo apoiar e oferecer suporte às ações desenvolvidas pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF), ampliando as ações da Atenção Básica.

8 A Política Nacional de Educação Popular em Saúde – PNEPS (BRASIL, 2013), instituída na Portaria nº 2.761 de 19 de novembro de 2013, reafirma os princípios do SUS, apontando caminhos possíveis para garantia do direito à saúde integral ampliando a democracia e a participação.

sexualidades, negritudes e pobreza: um debate interseccional”, do Programa de Pós-Graduação em Ensino e Relações Étnico-Raciais (PPGER), ministrado pela Prof. Dra. Célia Regina da Silva. Este componente foi um divisor de águas para a busca e a necessidade de estudar a população negra.

O interesse no componente curricular optativo deu-se, no início, por seu nome reunir importantes categorias de análise; por conta de minha trajetória, tinha muito interesse em aprofundar os estudos nesses segmentos. Minha trajetória de estudos sobre a questão da mulher nasce desde a graduação, quando pesquisei a relação das mulheres cujo filhos não tinham sido registrados pelos pais, e a paternidade destes. Esta pesquisa me possibilitou verificar que as relações de gênero e raça sempre estão entrelaçadas. A expectativa foi que o componente pudesse me aproximar do ambiente acadêmico para pesquisar mais.

Neste componente tive contato com autoras negras a partir da compreensão da necessidade de estudá-las; conheci autoras como Sueli Carneiro, Lélia Gonzalez, Conceição Evaristo, Carla Akotirene, Djamila Ribeiro, entre outras autoras que se inseriam na perspectiva decolonial. Os conhecimentos e reflexões produzidos nesta disciplina fizeram-me pensar sobre como as políticas de saúde se inseriam dentro do circuito do racismo. Foi a partir da disciplina que despertei para questão da saúde da população negra, bem como para a necessidade de se estudar a mulher negra.

Na finalização do componente escrevi um artigo, o qual intitulei “Saúde: o recorte de gênero e raça”. O principal objetivo do artigo foi evidenciar a importância do recorte de gênero e raça na política de saúde, compreendendo e analisando como o princípio da equidade no SUS e os determinantes sociais da saúde se relacionavam com o processo saúde-doença. Assim, foi a partir da construção desse artigo com a relação de questionamentos anteriores que fui consolidando os estudos na área de saúde da população negra com o recorte de gênero.

### **1.3 O Programa de Pós-Graduação em Ensino e Relações Étnico-Raciais (PPGER)**

Em setembro de 2019, após ser aprovada no processo seletivo para aluna regular, fui matriculada no mestrado do PPGER. Meu projeto de pesquisa intitulado “Educação em saúde: a relação das práticas educativas e a saúde da mulher negra no município de Ilhéus/BA” foi proposto por mim ao Programa dentro da sua segunda linha de pesquisa (Relações étnico-raciais, interculturalidades e processos de ensino-aprendizagem). Compreendendo a prática de educação em saúde como elemento fundamental do processo de trabalho dos profissionais de

saúde na Atenção Básica, seria fundamental perceber como ela está sendo desenvolvida com vias a promover saúde para população negra, sobretudo nos espaços preventivos. Assim, o projeto objetivou avaliar em que medida os processos de educação em saúde envolvem a questão da saúde da população negra, com destaque para a saúde da mulher negra.

No primeiro quadrimestre (setembro a dezembro de 2019) foi o momento de me ambientar com o espaço do Mestrado. Cursei duas disciplinas obrigatórias, Estágio/Residência e Fundamentos dos Processos de Ensino-Aprendizagem nas Relações Étnico-Raciais, e a disciplina optativa Tópico em Filosofia: Ângela Davis.

A disciplina de **Estágio/Residência** contribuiu para que eu pudesse apresentar à turma meu projeto de pesquisa e houve a contribuição das docentes e dos colegas. A disciplina possibilitou conhecer outros autores durante a exposição dos projetos; no tocante a estes, os questionamentos me trouxeram a reflexão sobre o quanto decolonizar a pesquisa necessita ser aplicado desde a escrita do projeto, a partir do reconhecimento de autores negros e negras e suas epistemologias. Ademais, essa disciplina possibilitou conhecer as pesquisas que estão sendo produzidas no mestrado e da possibilidade de troca entre os discentes.

Significativa contribuição para bibliografia também foi dada pela disciplina de **Fundamentos dos Processos de Ensino-Aprendizagem nas Relações Étnico-Raciais**, visto que a cada aula acessávamos diversos autores. Numa perspectiva de descolonização do conhecimento, pudemos ter contato com inúmeros autores que nos remetem a pensar numa nova perspectiva de aprendizagem e de produção de conhecimento fora da lógica colonial. Destaca-se que nesta disciplina foi fomentado o estudo de autores e autoras latino-americanas. O foco da produção de conhecimento no ocidente é algo questionável, sobretudo se pensarmos que há grande produção na América Latina e em outros países que sofrem com o epistemicídio, visto que a concentração está voltada para países do ocidente como a França, Itália, Inglaterra e Estados Unidos. Foi possível pensar que há necessidade de reconhecer outras produções acadêmicas, bem como outras perspectivas teóricas que consubstanciem nossos trabalhos e possam fortalecer a produção de conhecimento fora do que sempre foi visto como a única fonte válida. Para pensarmos essas questões, a disciplina nos aproximou de alguns autores como: Luciana Ballestrín, Rafael Guimarães, Ramón Grosfoguel, Catherine Walsh, Gloria Anzaldúa, Vera Candau, entre outros.

Na disciplina optativa **Tópico em Filosofia: Ângela Davis**, tive a oportunidade de conhecer a vida e a obra de Ângela Davis e isso foi muito significativo pois, apesar de conhecer a feminista negra estadunidense, ainda não havia realizado estudos que pudessem aprofundar o conhecimento sobre sua vida e obra; hoje tenho certeza da contribuição dos conceitos e das

análises realizadas por ela, sobretudo no que diz respeito às mulheres negras. O reconhecimento da trajetória de Ângela Davis foi essencial, pois sua história e o feminismo negro se entrelaçam e esta foi uma questão importante para meus estudos de pesquisa. Foi possível compreender como sua história está ligada às suas lutas e à luta de outras mulheres negras e do movimento negro.

Neste quadrimestre também finalizei o **Curso de Atualização em Cuidado à Saúde da População Negra** promovido pela Escola Estadual de Saúde Pública, órgão da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), cujo principal objetivo foi qualificar profissionais de saúde para promoção de atenção à saúde da população negra. Durante o curso, o aprendizado girou em torno de reconhecer como a temática da população negra relacionava-se com o cuidado à saúde, bem como o reconhecimento de como os processos de trabalho na saúde podem ser potencializadores ou não do racismo estrutural. Para conclusão foi proposto que os discentes apresentassem um Plano de Ação. Na oportunidade, iniciei estudos sobre a questão de saúde da população negra no município de Ilhéus, e meu plano de ação teve o objetivo de promover o debate sobre a saúde da população negra com as Equipes de Saúde da Família da região sul de Ilhéus/BA. Aproximei-me ainda dos instrumentos Plano Anual de Saúde, que só estava disponível o do ano de 2017, e do Plano Municipal de Saúde 2018-2021.

Ademais, ainda neste quadrimestre, tocada pelo questionamento anterior sobre a necessidade da coleta de dados para promoção da saúde, participei do **I Seminário Norte-Nordeste Sobre Saúde da População Negra: Uma Abordagem Interdisciplinar e Interseccional** promovido pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e outros parceiros. A proposta de apresentar um resumo foi levar ao evento a reflexão sobre a importância da coleta de dados/preenchimento do quesito raça/cor nos formulários para promoção da saúde da mulher negra, compreendendo que esta ação atende ao princípio da equidade do SUS. Assim, tive meu resumo de revisão bibliográfica intitulado “A coleta de dados na promoção da saúde da mulher negra” aprovado para apresentação no grupo de trabalho “Gênero, Raça e Saúde”. A experiência de participação neste evento aguçou ainda mais meus estudos sobre o tema, bem como me aproximou de outros pesquisadores e outros olhares dentro do campo de saúde da população negra.

Ademais, neste quadrimestre, além de ministrar minicursos dentro da minha temática de pesquisa, o que foi de suma importância para meu desenvolvimento e minha pesquisa, participei do grupo de pesquisa GEMINA – Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Negritude, Gênero e Mídia, vinculado ao CNPQ. Esta oportunidade possibilitou que eu enriquecesse meu conhecimento através do estudo de autoras como Grada Kilomba, Cida Bento, Liv Sovik,

Conceição Evaristo, Carla Akotirene, Lélia Gonzalez e outras. Os estudos das autoras negras e as discussões promovidas pelo grupo de pesquisa me auxiliaram a pensar algumas situações vivenciadas pelas mulheres negras e perceber como as questões estavam embricadas no meu objeto de pesquisa.

O racismo cotidiano que nos apresenta Grada Kilomba nos faz reconhecer que o racismo ainda é muito presente na sociedade e que ele toma corpo de tempos em tempos. As escrituras de Conceição Evaristo nos impulsionam a ser mulheres negras mais fortes e a valorizar nossas narrativas dentro do processo de construção do conhecimento, fomentando a possibilidade de novas epistemologias. O GEMINA também me possibilitou identificar a necessidade de refletir sobre a branquitude numa lógica voltada para o antirracismo; isto contribuiu para que eu percebesse como na área de saúde a branquitude opera para negligenciar a saúde das mulheres negras.

Ainda, o contato com autoras negras contemporâneas como Carla Akotirene e Djamila Ribeiro trouxeram o debate racial para atualidade na perspectiva das mulheres negras. Estas foram questões importantes para que eu pudesse pensar o feminismo negro e a sua importância nos mais diversos espaços de debates e de promoção de políticas públicas, a exemplo da área de saúde.

No segundo quadrimestre (fevereiro a setembro de 2020) cursei duas disciplinas: **Políticas Públicas e Relações Raciais** e **Orientação e Práticas em Pesquisa V**. Cursei também como ouvinte um componente especial denominado **Gênero, Sexualidades, Negritudes e Pobreza: um debate interseccional**, pois já o havia cursado como aluna especial anteriormente.

O componente curricular obrigatório sobre políticas públicas proporcionou discussões acerca da educação, raça, gênero, sexualidade e políticas públicas. As discussões foram importantes para que se percebesse como estes elementos se inter cruzam dentro das políticas públicas. A compreensão sobre formulação, implantação e implementação de políticas públicas foi essencial para a reflexão proposta sobre ampliação ou restrição de direitos.

Ainda no início da disciplina houve a decisão de suspensão das aulas presenciais por conta do novo Coronavírus. As aulas foram retomadas apenas em agosto e, deste modo, durante quatro meses não tivemos aulas presenciais.

Neste quadrimestre também fui ouvinte na disciplina de gênero cuja professora é minha orientadora. Apesar de já ter cursado esta disciplina como aluna especial, senti a necessidade de aprimorar o conhecimento a partir da proposta da disciplina, o que foi muito positivo. Além da participação nas aulas, enquanto ouvinte participei do processo de construção do **II Fórum**

sobre **Feminicídio do Sul da Bahia**, que é uma proposta dessa disciplina para consubstanciar o aprendizado da mesma e proporcionar uma discussão ampla com a comunidade acadêmica e com a sociedade a respeito de possibilidades e estratégias de enfrentamento de um crime que atinge majoritariamente mulheres negras.

Realizei também o curso de extensão **Educação em Direitos Humanos** ofertado pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo – Campus Registro na modalidade a distância com 40 horas de carga horária. A possibilidade de estudar sobre educação em direitos humanos veio da necessidade de aliar educação à saúde. Sobretudo no momento pandêmico em que estávamos vivendo, a discussão de direitos humanos foi fundamental e aliar esta questão ao ambiente escolar também foi positivo, pois coaduna com o Mestrado que é na área de ensino. Foram quatro módulos, mas gostaria de destacar o terceiro denominado “Questões étnico-raciais para uma educação antirracista”, que mais chamou a atenção pois evidenciou ainda mais a necessidade de uma educação antirracista. Estes estudos foram necessários pois ajudou na construção de minha pesquisa e a observação aos pontos ligados à educação.

Em meio a pandemia fui convidada a participar de um coletivo formado majoritariamente por mulheres negras mestradas, mestres e doutorandas da UFSB; assim iniciei minha participação no Coletivo Dandaras. O grande ganho de participação no coletivo começa pela possibilidade de articular junto a outras mulheres negras a construção de uma universidade mais representativa.

No retorno das aulas da UFSB ocorreu o **III Seminário Regional de Ensino e Relações Étnico-Raciais**, no qual apresentei o artigo “Determinantes Sociais: A Questão Étnica-Racial” no GT Saúde da População Negra e Indígena: Seus Determinantes e Condicionantes. O GT foi uma oportunidade de discutir com outros pesquisadores na área de saúde da população negra algumas questões sobretudo podemos problematizar a questão da pandemia e a situação da população negra neste contexto.

O terceiro quadrimestre cursado foi de outubro de 2020 a fevereiro de 2021, e cursei apenas dois componentes: **Métodos e Técnicas de Pesquisa-ação e Orientação e Práticas de Pesquisa I**. Havia uma expectativa inicial de que o primeiro componente pudesse auxiliar no processo de ajuste de meu projeto de pesquisa a compreender melhor as técnicas de pesquisa.

Para finalização da primeira disciplina escrevi um artigo intitulado “Saúde da População Negra: tópicos para o debate”, que buscou proporcionar uma reflexão sobre a saúde da população negra no que tange aos caminhos para construção de uma saúde antirracista.

Dentre as participações em eventos destaco a participação enquanto palestrante no **II Seminário Integrador da Segunda Turma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família – UESC**. Fui debatedora na mesa-redonda “Preconceito, Iniquidade e Desigualdade: Políticas Públicas e Representação Social”, e proferi a palestra “A Política Nacional de Saúde População Negra: influências do racismo no processo saúde/doença”. Este foi um momento de partilha com outras categorias profissionais que integram a Residência Multiprofissional e uma grande oportunidade de sensibilizar os profissionais de saúde em suas mais diversas áreas de atuação (gestão, educação, prática) para a importância de “incluir na agenda” a saúde da população negra.

Buscando aprimorar meu conhecimento nas questões raciais cursei, como aluna especial, um componente na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). A disciplina Pensamento Racial Brasileiro ofertada na grade do Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade – PPGREC foi de fundamental importância para meu referencial teórico de pesquisa. As reflexões proporcionadas no componente a partir do reconhecimento de como se deu a construção do pensamento racial brasileiro foram cruciais. Refletir a área da saúde a partir desta compreensão teve grande relevância para minha pesquisa.

É válido salientar que o processo de qualificação do mestrado foi de suma importância para minha pesquisa. A partir desta foi possível aprimorar a escrita e incluir elementos à dissertação que contribuíram de forma singular para pesquisa.

Finalizando este memorial descritivo de minha trajetória, queria enfatizar o quanto os elementos ora apresentados foram significativos. Não é possível desconectar a vida acadêmica da vida pessoal no que tange às vivências obtidas. A influência da minha profissão e de meu lugar de atuação também foram igualmente necessárias para minha pesquisa. Por fim, quero sublinhar que o Mestrado é fundamental, não somente para minha trajetória acadêmica, mas para minha construção enquanto uma mulher negra.

## PARTE II

### 2 TECENDO SABERES: SAÚDE, GÊNERO E RAÇA

#### 2.1 Determinação social do processo saúde-doença: impactos das desigualdades no adoecer

É inconcebível pensar o Sistema Único de Saúde (SUS) e não indicar a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) como primeiro movimento de luta pela garantia da saúde enquanto direito social. O movimento sanitarista construído nas bases dos movimentos sociais buscou indicar um novo modelo de atenção à saúde, cuja vinculação era saúde e democracia.

Paim (2007) define a RSB como uma reforma social que foi centrada em aspectos importantes para formular a proposta de um novo modelo de atenção à saúde. O mesmo autor aponta alguns elementos que constituíram a RSB: a democratização da saúde, do Estado e da sociedade. Esta tríade democrática apontava a necessidade de transformação no campo da saúde no sentido de uma nova perspectiva sanitária da saúde, enquanto política inerente à dignidade humana e que deveria alcançar a todos indistintamente, e da saúde universal. No que tange ao Estado, a descentralização das ações e a transparência eram alguns pontos centrais; em relação à sociedade, cujo costume estava arraigado por outro modelo de atenção à saúde, a transformação da cultura para abarcar o novo modelo de atenção.

A mudança no cenário da saúde ocorreu com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, cujo relatório serviu como base para construção do SUS. A conferência foi aberta e contou com a participação de mais de cinco mil pessoas de diversos movimentos sociais que buscavam transformar a política pública de saúde; seu relatório inspirou a criação do capítulo “Da Saúde” na Constituição Federal de 1988, o que posteriormente desencadeou na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) e na Lei 8.142/90. Esta última regulou a participação social no SUS e instituiu as Conferências e Conselhos de Saúde.

Considerando o desenvolvimento histórico da organização sanitária que antecedeu o SUS, podemos afirmar, de um modo esquemático, que o Brasil exibiu uma proteção social incipiente, uma espécie de *assistencialismo* exclusivo ou modelo *residual*, até a década de 1920. A partir dos anos 1930, adotou o *seguro social* para os trabalhadores urbanos e, depois da Constituição Federal de 1988, vem tentando implantar a seguridade social, a partir da qual foi concebido o SUS (PAIM, 2014, p.41).

Assim, com o SUS regulamentado pela Lei 8.080/90, nasce numa nova perspectiva de saúde, comprometendo-se com um novo modelo de atenção à saúde e com preceito constitucional de “saúde direito de todos e dever do Estado”; houve avanços significativos e a saúde passou a observar outras questões além da ausência de doença. Outro grande avanço foi a incorporação da universalidade que, juntamente com a equidade e a integralidade, compõe os princípios do sistema.

A partir deste novo desenho, a saúde abarcou o conceito legalista de direito fundamental a todo ser humano. Porém, pensar a saúde é discutir a multipluralidade de fatores que a compõe. Deste modo, Almeida Filho (2011), ao pensar a saúde a partir de várias vertentes, diz:

A saúde é um problema simultaneamente filosófico, científico, tecnológico, político e prático. Diz respeito a uma realidade rica, múltipla e complexa, referenciada por meio de conceitos, apreensível empiricamente, analisável metodologicamente e perceptível por seus efeitos sobre as condições de vida dos sujeitos (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 15).

Deste modo, pode-se verificar que há muita problematização no conceito de saúde, porém é essencial afirmar dois pontos: a saúde não é vista (e nem deve) apenas como ausência de doença e a saúde tem total relação com as condições de vida dos sujeitos. Neste sentido, é necessário evidenciar a área da saúde coletiva enquanto um campo da saúde que tem intrínseca relação com os processos sociais da relação saúde-doença.

A saúde coletiva, diferentemente da saúde pública (enquanto conceitos), estrutura-se numa relação com o campo social, relacionando-se com a determinação social do processo de adoecimento dos sujeitos. Ainda, utiliza-se de mecanismos que buscam dar o sentido de coletividade à saúde, como a epidemiologia, o planejamento, a prática social e a promoção à saúde. As desigualdades são observadas a partir de um múltiplo olhar que busca investigar/intervir no estado sanitário da população, nas doenças e com intervenções em grupos e classes sociais para promoção a saúde (ALMEIDA FILHO, 2011).

A determinação social compreendida enquanto modelo para explicar o entendimento do processo saúde-doença reflete que o processo é social e biológico. Este avanço na análise busca suplantiar a ideia da "naturalidade" na doença, e busca na estrutura socioeconômica fundamentar sua explicação. É preciso entender que um não anula o outro (social e biológico):

O fato de se haver definido que o processo saúde-doença tem caráter histórico em si mesmo e não apenas porque está socialmente determinado, permite-nos afirmar que o vínculo entre o processo social e o processo biológico saúde-doença é dado por processos particulares, que são ao mesmo tempo sociais e biológicos [...]. Isto

significa reconhecer a especificidade de cada um e, ao mesmo tempo, analisar a relação que conservam entre si, o que implica em conseguir as formulações teóricas e as categorias que nos permitam abordar seu estudo cientificamente [...]. Temos, por um lado, o processo social e, por outro, o processo biológico, sem que seja imediatamente visível como um se transforma no outro[...]. Este modo de entender a relação entre o processo social e o processo saúde-doença aponta, por um lado, o fato de que o social tem uma hierarquia distinta do biológico na determinação do processo saúde-doença e, por outro lado, opõe-se à concepção de que o social unicamente desencadeia processos biológicos imutáveis e a-históricos e permite explicar o caráter social do próprio processo biológico. Esta conceituação nos faz compreender como cada formação social cria determinado padrão de desgaste e reprodução e sugere um modo concreto de desenvolver a investigação a este respeito (LAURELL, 1982).

Assim sendo, é necessário compreender algumas premissas sociais para avançarmos neste conceito de determinação do processo de saúde. O primeiro aspecto é reconhecer que a sociedade é arraigada pelo racismo e pelas desigualdades sociais. Realizando paralelo com o tema deste estudo, salienta-se a fala de Lucia Xavier, mulher negra, coordenadora da Organização de Mulheres Negras Criola<sup>9</sup>:

A população negra não é uma população doente. O que acontece é que ela vive com menos qualidade. O grupo é mais vulnerável às doenças porque está sob maior influência dos determinantes sociais de saúde, ou seja, as condições em que uma pessoa vive e trabalha, a insalubridade, as baixas condições sanitárias às quais está submetida, por exemplo. E a soma desses diversos indicadores de vulnerabilidade aumenta também o risco de perder a vida (XAVIER, 2018).

Assim, a compreensão de alguns conceitos é importante para explicitar os impactos dos determinantes sociais na saúde. O primeiro conceito importante para compreensão dos impactos dos determinantes é o de “iniquidades”. Iniquidades são disparidades injustas e evitáveis que incidem em diferentes grupos populacionais; causam sofrimentos desnecessários e estão relacionadas com a falta de políticas públicas ou a inoperância de políticas existentes, indicam presença de fatores prejudiciais à saúde que estão interligados com o bom desenvolvimento e o bem-estar. Refletem desigualdades socioeconômicas e de acesso a outras políticas setoriais (como exemplo, a educação) e não são inevitáveis. Refletem também a diferença de oportunidades que são dadas baseadas em fatores como etnia, raça, classe, gênero, escolaridade e localização geográfica (OMS, 2011).

Barata (2009) enfatiza que as iniquidades são desigualdades injustas ou decorrentes de alguma forma de injustiça. Ainda, reforça que tais iniquidades são reflexo da distribuição

---

<sup>9</sup> Fundada em 1992, é uma organização da sociedade civil com mais de 25 anos de trajetória na defesa e promoção dos direitos das mulheres negras.

desigual das riquezas socialmente construídas que incidem em determinantes sociais de saúde desiguais. Quando relacionado a grupos étnicos, a autora aponta que há dupla determinação no processo, vez que há de se considerar a posição social que estes grupos ocupam e a “aceitação/rechazo” que têm frente a grupos majoritários.

Neste tocante, pensar a saúde da população negra é evidenciar os impactos das desigualdades. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD-Contínua) divulgada em 2019 apontou que a população negra analfabeta é de 9,1%, enquanto a taxa da população branca é de 3,9%. Entre os brasileiros analfabetos com 60 anos, os negros são 27,5%, enquanto os brancos estão em 10,3%. No mesmo ano, a publicação “Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil” indicou que, entre as pessoas que vivem abaixo da linha da pobreza (ganham menos de 1,90 dólares por dia), o percentual de população negra era de 8,8%, enquanto brancos era de 3,6%. Apontou ainda que a população preta/parda formava cerca de 2/3 dos desocupados e dos subutilizados, e que vive com situação precária: sem coleta direta ou indireta de lixo, sem abastecimento de água por rede geral, sem esgotamento sanitário por rede coletora ou pluvial e sem ao menos um serviço básico de saneamento. Quando são observados dados de referência a mulheres negras, os índices demonstram disparidades quando comparados às mulheres brancas.

Neste sentido, compreendendo a multiplicidade de fatores que compõe a questão dos determinantes sociais, Buss e Pellegrini Filho (2007) apontam desafios. Os autores indicam que, no estudo da relação dos determinantes sociais e saúde, há um desafio em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais e as mediações, através das quais os fatores incidem na saúde de grupos e pessoas. Isto se dá porque a determinação não é apenas a relação de causa-efeito. Conhecer o complexo de mediações auxiliaria a identificar os pontos que necessitam de intervenções para diminuição das iniquidades de saúde. Outro desafio apontado pelos autores e em termos conceituais e metodológicos refere-se à diferenciação entre determinantes de saúde, pois “*alguns fatores que são importantes para explicar as diferenças no estado de saúde dos indivíduos não explicam as diferenças entre grupos de uma sociedade ou entre sociedades diversas*” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p.81). Os referidos autores afirmam ainda que não basta somar os determinantes dos indivíduos para compreender determinantes de saúde a nível de sociedade.

No Brasil, a compreensão dos determinantes sociais de saúde é fomentada na Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS), criada através de decreto presidencial, em março de 2006. Sua composição conta com dezesseis membros especialistas das variadas áreas de conhecimento do país. Destaca-se que o Brasil foi o primeiro país a criar

sua própria Comissão após o movimento global da Organização Mundial da Saúde, que criou sua Comissão em 2005.

Tal Comissão considera que “determinantes sociais” é um conceito da área de saúde que se refere ao conjunto de fatos, situações e comportamentos da vida social, econômica, cultural e política que afetam a saúde. Estas situações podem interferir positivamente ou negativamente na saúde influenciando indivíduos, segmentos sociais, coletividades, população e territórios (PORTAL DSSBR, 2022). Para a OMS:

Os DSS são determinantes estruturais e condições da vida cotidiana responsáveis pela maior parte das iniquidades em saúde entre os países e internamente. Eles incluem distribuição de poder, renda, bens e serviços e as condições de vida das pessoas, e o seu acesso ao cuidado à saúde, escolas e educação; suas condições de trabalho e lazer; e o estado de sua moradia e ambiente (PORTAL DSSBR, 2022).

O relatório produzido pela CNDSS em 2008 evidenciou que o Brasil está entre os países com maiores iniquidades em saúde. Neste sentido o relatório analisou os impactos dos DSS em seus variados níveis sobre a saúde. O modelo explicativo adotado para consubstanciar as atividades da comissão e para as análises desenvolvidas pela mesma foi o Modelo de Dahlgren e Whitehead, de 1991 (VIANNA, 2012), disposto na Figura 1.

**Figura 1** – Modelo de Determinantes Sociais de Dahlgren e Whitehead.



**Fonte:** VIANNA, 2012.

O modelo ocupa-se em explicitar em diferentes camadas os fatores que geram impactos na saúde, onde nas camadas mais proximais estão os determinantes individuais e nas camadas

mais distais encontram-se os macros determinantes. Na base do modelo estão a idade, sexo e os fatores hereditários como influenciadores da saúde; posteriormente, está o estilo de vida que, em tese, diz respeito às escolhas dos indivíduos. Após, há as redes sociais e comunitárias, seguidas das condições de vida e de trabalho e, por fim, as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais.

Destarte o trabalho desenvolvido pela CNDSS tornar-se uma referência mundial no que tange às desigualdades e iniquidades em saúde, há alguns pontos que necessitam ser observados. Todavia, há algumas questões sobre a abordagem dos processos de determinação social e dos determinantes sociais (BORDE, 2014). Assim, o autor afirma acerca da crítica em relação à questão de raça, etnia e racismo na agenda dos determinantes sociais:

A crítica articulada em relação à abordagem dos DSS manifesta que as insuficiências da abordagem, em grande parte, refletem as insuficiências das bases e dos princípios epistemológicos da epidemiologia dominante, principalmente na medida em que repete o *modus operandi* do causalismo e reduz os processos de determinação ao princípio causal, desta forma, reduzindo o horizonte de compreensão e atuação a (conjuntos de) fatores descontextualizados. Por outro lado, manifestam-se grandes ausências na proposta da CDSS. Notamos a ausência de uma teoria crítica da sociedade e uma teorização frouxa das categorias definidoras do conjunto e da lógica dos determinantes estruturais que estão sendo propostas pela CDSS. Isso particularmente se manifesta em relação à categoria “raça/etnia”, que talvez seja a categoria teoricamente menos desenvolvida e mais problemática na proposta da CDSS (BORDE, 2014, p.106).

Depreende-se que, apesar de raça ser considerado um determinante social de saúde, a questão carece de um aprofundamento teórico. As teorias sociais de determinação da saúde possuem lacunas, omissões no tema das desigualdades (ALMEIDA-FILHO, 2009). Raça, etnia e racismo reconhecidamente determinantes estruturais das iniquidades de saúde não são teorizados pela CDSS (Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde). Não há abordagem aprofundada sobre tais marcadores e há incoerência na utilização do termo nas abordagens utilizadas (BORDE, 2014).

Interessa enfatizar que a crítica de Borde (2014) assenta-se na Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde da Organização Mundial de Saúde, porém ao analisar o relatório da CNDSS, evidenciam-se as mesmas problemáticas. Breve busca no relatório de 2008 realizado pela CNDSS constatou que não havia menção à palavra racismo no documento, e a palavra raça aparece duas vezes descrita como “cor/raça”.

Nesta perspectiva, o que se enfatiza é a necessidade de abordar a dimensão étnico-racial na determinação do processo saúde-doença de forma mais analítica. O reconhecimento adequado de tal questão permite ir além da identificação do racismo. Contrariamente permitiria

analisar a dimensão étnico-racial entre os processos de dominação, exploração e marginalização que estão postos no sistema-mundo capitalista-colonial, e acrescido da dimensão de gênero e classe social seria possível refletir os processos de determinação social da saúde-doença. (BORDE, 2014)

Assim, Almeida-Filho (2009) enfatiza que mais importante que métodos rigorosos para mensurar as desigualdades, é necessário compreender sua gênese e seus determinantes. O conhecimento da determinação social das desigualdades, inequidades<sup>10</sup> e iniquidades é necessário para que se possa ser mais eficiente na superação de tais desigualdades.

Por fim, aponta-se que mais que o reconhecimento da questão étnico-racial enquanto determinante social do processo saúde-doença, é necessário compreender seu engendramento social. Desta maneira, seria possível compreender os impactos a nível de saúde e propor ações direcionadas e evitar iniquidades em saúde. Neste sentido, admite-se que:

[...] Os estudos de determinação social da saúde devem envolver a caracterização da saúde e da doença mediante fenômenos que são próprios dos modos de convivência do homem, um ente que trabalha e desfruta da vida compartilhada com os outros, um ente político, que habita um território. Tal determinação pode ser de natureza inteiramente qualitativa, na medida em que procura caracterizar socialmente a saúde e a doença em sua complexidade histórica concreta. O sucesso desse tipo de investigação, ou de intervenções que se apresentem como orientadas pelos determinantes sociais, não depende necessariamente do uso de métodos estatísticos, mas da capacidade analítica de articular adequadamente uma multiplicidade de determinações. (SILVA; LOPES; XAVIER, 2019)

## 2.2 Gênero e raça: a saúde das mulheres negras

A observação dos dados e a compreensão dos determinantes sociais combinam para analisar a saúde da população negra e a saúde da mulher negra. Neste sentido, é preciso referendar, conforme já apontado, que a Organização Mundial da Saúde engloba a questão de gênero e raça na compreensão destes determinantes, o que nos possibilita o entrecruzamento para a análise.

A primeira questão posta sobre gênero<sup>11</sup> é a compreensão desta ser uma categoria de análise. Sendo assim, apresenta muitos conceitos, análises e perspectivas, e a compreensão e o

---

<sup>10</sup> O referido autor da citação discorre que *inequidade* compreende o oposto da equidade e revela-se como disparidades evitáveis e injustas. Paralelamente a *iniquidade* trata de extrema ausência de equidade que decorre do efeito das estruturas sociais perversas que geram desigualdades eticamente inaceitáveis.

<sup>11</sup> A abordagem utilizada e que será desenvolvida ao longo do texto é a partir do conceito de Joan Scott (1990), que considera gênero uma construção social.

sentido devem ser contextualizados. Ouve-se muito falar sobre gênero, mas como podemos compreendê-lo a partir da relação como um determinante social de saúde?

A diferenciação implicada socialmente a homens e mulheres pode em primeiro momento explicar esta questão, dito isso sem contextualizações mais profundas. Porém, é para além da questão da diferença; existe algo arraigado que constrói a diferença como uma discriminação e, neste sentido, são impostos a homens e mulheres papéis diferentes e delimitados. Pontualmente, a socióloga australiana Raewyn Connell traz valorosa contribuição a esta discussão com seus estudos de gênero; a socióloga nega a visão de senso comum que apenas a dicotomia macho/fêmea biologicamente ou homem/mulher culturalmente podem dar sentido a gênero. Assim, aponta a necessidade de pensar “relações” ao invés de enfatizar “diferenças” (SENKEVICS, 2013).

No campo da compreensão das relações é preciso destacar a contribuição de Joan Scott (1990) nos estudos de gênero. Em seu clássico artigo *Gênero: uma categoria útil de análise histórica*, Scott apresenta tópicos para o debate, os quais utilizaremos para construir o entendimento de gênero e sua relação como um determinante social. Em sua abordagem, a autora chama atenção para os usos descritivos de gênero quando se utilizados apenas para designar a relação homem/mulher, sem considerar outros elementos. Ela não nega a diferença biológica, porém se preocupa com a construção dos significados atribuído a estes corpos. Identificou também que houve o uso de termo “gênero” para se referir às mulheres. Após suas análises, ela conclui que sua definição está esboçada em duas partes: a de que “gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseados na diferença percebidas entre sexos” e a de que “gênero é uma forma de significar as relações de poder” (SCOTT, 1990).

Em saúde, a questão de gênero foi sendo introjetada a partir da mobilização do movimento feminista, que buscava debater as diferenças na inserção e papéis de homens e mulheres em sociedade. As desigualdades em saúde estavam também no bojo da discussão do movimento, que indagava os motivos da diferença e se elas estavam atreladas às diferenças inatas sobre sexo ou sobre convenções sociais estabelecidas entre homens e mulheres (BARATA, 2009).

Na área de saúde o conceito de gênero retém algumas das características de sentido que a palavra tem tanto na biologia quanto na gramática. Assim, ele é utilizado para marcar características próprias aos comportamentos de grupos de sujeitos sociais e para estabelecer o contraste entre masculino e feminino, mas, principalmente, para focar as relações que se estabelecem entre masculino e feminino no âmbito social e que apresentam repercussões para o estado de saúde e para o acesso e utilização dos serviços de saúde. (BARATA, 2009, p.73)

Deste modo, é plausível compreender que há de se observar o sexo biológico e as relações de gênero para compreensão da determinação da saúde. É importante observar que a análise da situação de saúde observando somente a variável de sexo torna-se vazia, fazendo-se necessário realizar o entrecruzamento com o gênero, buscando dar conta de uma análise mais próxima da realidade.

Os atravessamentos para mulheres e homens que interferem na vida social logo são constituintes também do processo saúde-doença. Vejamos a situação das mulheres no mercado de trabalho: O IBGE divulgou em março de 2021 (RODRIGUES, 2021) um levantamento sobre mercado de trabalho e a desigualdade de gênero em sua segunda edição do estudo “Estatísticas de Gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil”. A taxa de mulheres com 15 anos ou mais que compõem a força de trabalho (pessoas que estão empregadas ou procurando emprego) foi de 54,5%; entre os homens o percentual foi de 73,7%. Quando se analisou mulheres na faixa etária entre 25 e 49 anos que tinham crianças com até três anos no domicílio, o estudo evidenciou ainda mais a desigualdade: o nível de ocupação de mulheres com filhos nessa idade é de 54,6%, diferentemente dos homens na mesma situação, cuja taxa é de 89,2%. O mesmo estudo ainda apontou o impacto dos afazeres domésticos revelando que, no ano de 2019, as mulheres se dedicaram quase o dobro do tempo dos homens e evidenciou que os afazeres domésticos ainda recaem sobre as mulheres, causando-lhes limitações no acesso ao mercado de trabalho. Ao realizarmos um recorte racial, os dados também apontam mais desigualdades que influenciam no adoecer: o levantamento aponta que o nível de ocupação das mulheres negras que têm filhos de até três anos foi de 49,7% em 2019, em relação a 62,6% das mulheres brancas. Quando se observou o número de horas de dedicação aos afazeres domésticos e o cuidado com pessoas entre as pessoas ocupadas, as mulheres negras também ficam com o índice mais alto (19,2%) em relação às mulheres brancas (17,7%).

Neste sentido, Barata (2009) aponta como esta relação pode ter influência no processo de adoecimento das mulheres:

Distúrbios psiquiátricos menores estão associados com a dupla jornada das mulheres pobres e também com jornadas de trabalho de mais de dez horas diárias. A maioria delas tinha o trabalho doméstico fora de casa como ocupação principal. A associação entre ter dupla jornada, ser casada e ter filhos em idade pré-escolar dobrou o risco de apresentarem sintomas psiquiátricos. Esta relação desaparece para mulheres sem a dupla jornada. Os dados reforçam a hipótese de que o trabalho remunerado pode representar uma sobrecarga para a saúde das mulheres quando a qualidade do emprego é baixa e se associa com o trabalho doméstico para a própria família (BARATA, 2009, p.85)

Corroborando com esta linha de compreensão, Carneiro (2011) relaciona outras questões que estão combinadas e influenciam no adoecimento de mulheres negras.

A conjugação do racismo com o sexismo produz sobre as mulheres negras uma espécie de asfixia social com desdobramentos negativos sobre todas as dimensões da vida, que se manifestam em sequelas emocionais com danos à saúde mental e rebaixamento da autoestima; em uma expectativa de vida menor, em cinco anos, em relação à das mulheres brancas; em um menor índice de casamentos; e sobretudo no confinamento nas ocupações de menor prestígio e remuneração (CARNEIRO, 2011, p.127-128).

Observa-se assim outra importante questão que opera enquanto determinante social de saúde: a questão racial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a questão étnico-racial um determinante no processo de adoecimento, vez que o racismo que opera sobre a população negra tem influenciado diretamente em sua saúde.

A Epidemiologia, que estuda a distribuição das doenças e suas causas na população, sendo herdeira do racialismo sociomédico, considerava que doenças poderiam ser avaliadas a partir das características anatômicas racialmente herdadas, e que traços africanos eram evidências de predisposição a doenças. É importante sublinhar que o racialismo sociomédico apoiava-se nos critérios fenotípicos da Antropologia do século XIX, que acreditava que corpos negros eram corpos doentes, e a Epidemiologia explicava a partir das condições genéticas esta questão (LAGUARDIA, 2007).

Do ponto de vista social, a raça necessita ser compreendida a partir da vertente política, histórica e social. Afirma Almeida (2020):

Raça não é um termo fixo, estático. Seu sentido está inevitavelmente atrelado às circunstâncias históricas em que é utilizado. Por trás da raça sempre há contingência, conflito, poder e decisão, de tal sorte que se trata de um conceito relacional e histórico. Assim, a história da raça ou das raças é a história da constituição política e econômica das sociedades contemporâneas (ALMEIDA, 2020, p. 24).

Portanto, o entendimento de raça está inscrito na história da sociedade e é inconcebível compreendê-la sem esta relação.

No século XV os colonizadores, ao identificar negros e indígenas e observar suas diferenças, buscaram identificar se eles poderiam ser considerados humanos a partir da relação religiosa, comparando-os com Adão. Identificada a “humanidade” dos povos, os colonizadores buscaram destituir suas religiosidades e culturas a partir da conversão dos povos ao cristianismo, e daí buscaram escravizá-los com a justificativa de lhes darem a humanidade plena. Essa forma de explicar a escravização de um povo sobre outro a partir da Teologia

permaneceu até o século XVII; tal vertente foi questionada pelos iluministas no século XVIII, cuja noção de humanidade estava atrelada à razão. A partir daí criou-se a ideia de “raças”, já que a cor de pele era diferente, e avançaram séculos depois incorporando outras características morfológicas para afirmar a humanidade (MUNANGA, 2013).

Com avanços da área da Genética que identificaram marcadores genéticos capazes de consagrar a ideia de “raças” diferentes, constatou-se que não havia diferença genética que justificasse a diferenciação, visto que não foram encontrados critérios de classificação e, ainda, descobriu-se que um indivíduo negro se aproximava geneticamente de um indivíduo branco; assim, verificou-se que geneticamente a raça era inexistente. Apesar do abandono, a ideia de diferenciação racial os resquícios das explicações ficaram engendrados socialmente.

Desde o início eles começaram a hierarquizar as chamadas raças em superiores e inferiores. Dessas classificações acompanhadas de hierarquização nasceu o que nós chamamos de determinismo biológico. Quer dizer que o comportamento de pessoas não é explicado em função de suas qualidades ou defeitos pessoais, mas sim em função dos grupos ou das chamadas raças às quais essas pessoas pertencem. Nessa hierarquização disseram claramente: os que tem peles mais claras são mais bonitos, são mais inteligentes, tem características psicológicas morais superiores, tem culturas superiores comparativamente às outras que não são brancas. É isso o problema do racismo (MUNANGA, 2013).

No trânsito da história ocorreu que a elite brasileira do final do século XIX tentou imprimir no Brasil a ideia de miscigenação das raças, buscando o apagamento do negro. A ideia é que todos fossem aos poucos se embranquecendo para um padrão de “boa civilização”: o padrão era o branco. Houve a tentativa de invisibilização e apagamento da população negra naquele momento, que tinha como objetivo apagar a história negra e de que o Brasil tinha sido fundado em cima da escravização dos povos africanos. A ideia de um país mestiço nunca foi um objetivo e sim uma estratégia para eliminação da população negra.

Ora pois, o racismo foi se estruturando e sendo estruturante nas relações sociais desiguais e, desta maneira, vem sendo considerado como um fator de influência no processo saúde-doença. Assim afirmamos que as condições de vida decorrentes do histórico de racismo estruturam a vida de homens e mulheres negras que vivem nas piores condições e sob a égide do racismo.

As mulheres negras desde a escravidão estão implicadas na história. Referencia-se a luta do movimento feminista negro em expor a situação da mulher negra desde a escravidão, pois é necessário frisar que estas sempre estiveram exercendo os mais diversos trabalhos de forma compulsória. E, diferentemente das mulheres brancas, nunca foram vistas como “frágeis”; pelo contrário, foram exploradas sexualmente e sempre estavam expostas às mais diversas dores.

Desta maneira, é viável observar a situação das mulheres negras à luz da interseccionalidade enquanto componente importante para compreender como o racismo, combinado a outros fatores como o sexismo, impacta suas vidas.

A teoria da interseccionalidade busca examinar categorias que são diversas e como elas se inter cruzam. Interessa-nos o termo a partir da ótica do feminismo negro, o que nos auxiliará na compreensão da importância de estudar a saúde das mulheres negras. Essa teoria foi assinalada na história pela primeira vez a partir da jurista americana, defensora dos direitos civis e estudiosa da teoria crítica de raça Kimberly Crenshaw. A autora designa, a partir deste termo, a interdependência das relações de poder, raça, sexo e classe, o que conflui para uma intersecção entre as opressões vivenciadas pelas mulheres. Crenshaw (2002), no *Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero*, realizou apontamentos que servem para compreender a necessidade da interseccionalidade.

Crenshaw (2002) aponta que, embora a Declaração Universal dos Direitos Humanos tivesse fundamentado a não discriminação com base no gênero, era importante assinalar que havia uma distinção clássica entre o abuso dos direitos humanos das mulheres, que as deixava marginais dentro do sistema que buscou ser universal. O universalismo dos direitos humanos fundou-se na perspectiva da experiência masculina. Assim, desenvolveu-se diante da luta e do constante ativismo das mulheres a visão de que as vulnerabilidades, problemas e situações vivenciadas pelas mulheres não poderiam ter como base a experiência masculina. Evidenciou-se ainda que a questão racial também tinha algumas limitações quando observada a partir da perspectiva dos direitos humanos, visto que a negativa de cidadania considerada sempre foi de modelo-padrão, exemplificando o *apartheid* (CRENSHAW, 2002). Em fragmento do documento, a autora assinala a necessidade de contrapor e se levar em consideração diversos fatores, com vias a ampliar a garantia dos direitos das mulheres para além dos direitos humanos.

Assim como é verdadeiro o fato de que todas as mulheres estão, de algum modo, sujeitas ao peso da discriminação de gênero, também é verdade que outros fatores relacionados a suas identidades sociais, tais como classe, casta, raça, cor, etnia, religião, origem nacional e orientação sexual, são 'diferenças que fazem diferença' na forma como vários grupos de mulheres vivenciam a discriminação. Tais elementos diferenciais podem criar problemas e vulnerabilidades exclusivos de subgrupos específicos de mulheres, ou que afetem desproporcionalmente apenas algumas mulheres. [...] Tanto a lógica da incorporação do gênero quanto o foco atual no racismo e em formas de intolerância correlatas refletem a necessidade de integrar a raça e outras diferenças ao trabalho com enfoque de gênero das instituições de direitos humanos (CRENSHAW, 2002, p.173).

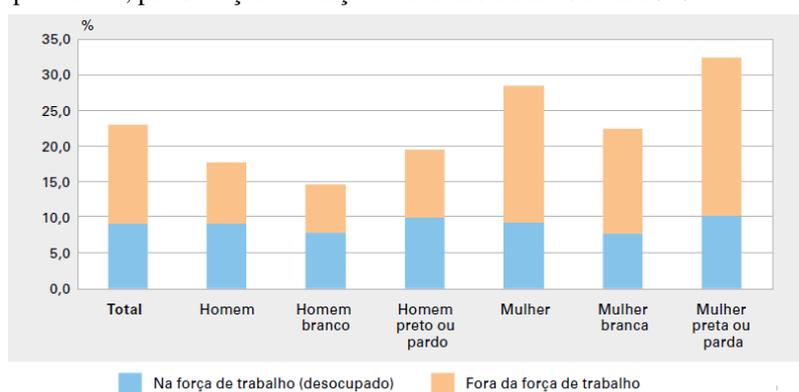
Neste sentido, ao definir interseccionalidade, a autora ainda diz:

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (CRENSHAW, 2002, p.177).

Em saúde, olhar a partir da interseccionalidade ajuda a pensar e compor a determinação do processo saúde-doença considerando o entrelaçamento de fatores no adoecimento das mulheres negras. O enfrentamento às iniquidades em saúde, sobretudo para as mulheres, precisa levar em consideração o sistema de desigualdade e injustiças às quais as mulheres negras estão expostas, como se pode verificar ao longo da história e atualmente.

Alguns dados podem auxiliar na compreensão em relação a situação social das mulheres negras no Brasil. A Síntese dos Indicadores Sociais, citada anteriormente, divulgada em 2019 pelo IBGE, realizou algumas relações com base em gênero/raça evidenciando desigualdades nos indicadores da situação das mulheres negras. Observadas jovens que não estudavam e que não estavam ocupadas, verificou-se que mulheres pretas e pardas tinham o dobro de chances de estar sem estudar e sem ocupação em relação a homens brancos, conforme descrito na Figura 2.

**Figura 2** – Proporção de jovens de 15 a 29 anos que não estudavam e não estavam ocupados, segundo o sexo e a cor ou raça, e sua distribuição percentual, por situação na força de trabalho no Brasil em 2018.



**Fonte:** IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, 2018

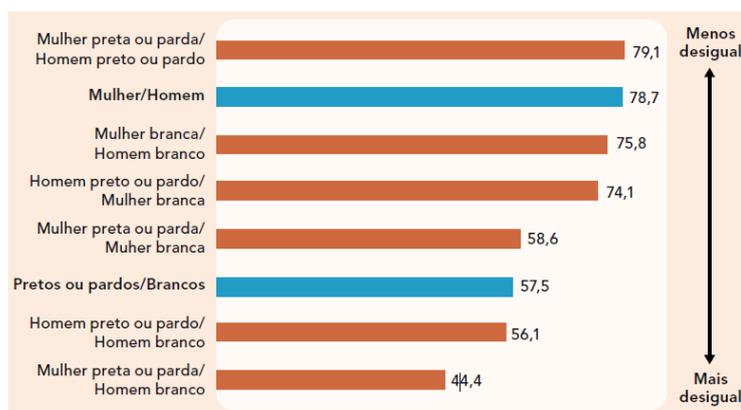
O mesmo estudo, analisando a questão da pobreza monetária, evidenciou que mulheres negras têm a proporção de rendimento *per capita* inferior a US\$ 5,50 por dia. E, quando se

desagregaram os dados pelos diferentes arranjos familiares, indicou-se que os arranjos formados por responsável sem cônjuge e com filhos de até 14 anos têm 63,0% quando a responsável é uma mulher preta ou parda, o que nos faz inferir que, além de chefes de família, as mulheres negras vivem abaixo da linha da pobreza.

Além da questão da pobreza monetária, quando se buscou dados de restrições de acesso, homens e mulheres pretos e pardos figuram em maior dimensão. Pretos ou pardos tinham maiores restrições à Internet (23,9%), saneamento básico (44,5%), educação (31,3%), condições de moradia (15,5%) e à proteção social (3,8%).

Outro importante dado é sobre a razão de rendimentos combinadas por cor/raça e gênero; os resultados comparativos demonstram que as mulheres negras recebem menos da metade dos homens brancos. Observa-se na Figura 3 esta relação de desigualdade.

**Figura 3** – Razão de rendimentos das pessoas ocupadas (%) com 14 ou mais anos de idade, no ano de 2018.



**Fonte:** IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, 2018.

Corroborando com estes dados, outro estudo realizado por Leal et al. (2017), cujo objetivo era avaliar as iniquidades na atenção à saúde da mulher no que diz respeito à atenção pré-natal e parto de acordo com raça e cor, os resultados encontrados reforçam a situação desigual que afeta as mulheres negras. O estudo concluiu que puérperas de cor preta possuem maior risco de um pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade, ausência de

acompanhante e peregrinação no parto. Além disso, mulheres pretas tiveram menos orientação durante o pré-natal e receberam menos anestesia local quando a episiotomia<sup>12</sup> foi realizada.

Estes dados consubstanciam a necessidade de compreender que a determinação social do processo de saúde-adoecimento tem forte impacto a partir situação das mulheres negras. É possível também verificar que há uma estrutura que nega direitos às mulheres negras em diversos aspectos, e que há relação com outras políticas públicas no adoecimento.

### **2.3 Direito à saúde: a luta das mulheres negras**

A questão da saúde das mulheres negras está intrinsecamente orientada pelo princípio da equidade que estrutura o SUS. Políticas de promoção da equidade são necessárias em saúde, pois possuem o objetivo de diminuir as vulnerabilidades e ofertar mais atenção à saúde a quem mais necessita. Porém, estas políticas, sobretudo aquelas voltadas à população negra, compõem uma frente de luta do movimento negro pelo bem viver.

O pós-abolição representou para a população negra um grande desafio, pois foram largados à própria sorte, sem cidadania e direitos. A mulher negra manteve-se trabalhando nas casas das famílias brancas, sendo explorada em seu trabalho e seu corpo continuou a ser explorado para reprodução e abusos sexuais. Werneck (2009, p.81) registra que é possível encontrar em diferentes relatos sobre os quilombos no Brasil, ainda que de forma indireta, pistas da participação e liderança feminina em diferentes posições de comando, evidenciando que a luta das mulheres negras é antiga.

A problemática da questão racial na saúde é fruto da luta do movimento negro para que se evidenciasse como as desigualdades geram iniquidades em saúde. As mulheres negras sempre estiveram em movimento na formulação de políticas públicas; pode-se citar que em 1988, ao passo que o Brasil passava pelo seu processo de redemocratização com a implantação de uma nova Constituição, foi realizado o I Encontro Nacional de Mulheres Negras (I ENMN)<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> A episiotomia é um corte cirúrgico efetuado no períneo (conjunto de músculos próximos a vulva e ânus) ao final do parto, no período expulsivo, já quando a cabeça do bebê começa a sair. Os profissionais que a praticam alegam que ela é necessária para facilitar a saída do feto e para proteger os órgãos genitais femininos de lacerações graves. Fonte: Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde (2020). Disponível em: <https://www.mulheres.org.br/episiotomia/>

<sup>13</sup> O encontro foi realizado de 02 a 04 de dezembro de 1988 no estado do Rio de Janeiro, na cidade de Valença e contou com a participação de 450 mulheres negras de 19 estados. Considera-se que este evento foi importante para impulsionar o movimento contemporâneo de mulheres negras e para a articulação da questão racial, gênero e classe.

e, assim, verifica-se a inclusão na agenda<sup>14</sup> social e política de demandas expostas por estas mulheres em âmbito nacional e internacional (RIBEIRO, 2008).

Posteriormente a este encontro, ocorreu a V Conferência Mundial sobre as Mulheres, no ano de 1995 em Beijing, capital da China, e em 2001 a III Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e as Formas Conexas de Intolerância em Durban, na África do Sul. Assim, reflete Ribeiro (2008):

[...] É impossível analisar a condição e/ou organização das mulheres em âmbito mundial sem o reconhecimento da positiva movimentação das mulheres negras no Brasil e na América Latina e no Caribe e das contribuições para as conferências de Beijing e de Durban (RIBEIRO, 2008).

É importante referenciar que estes são importantes marcos na luta das mulheres negras, mas que esta não nasce aí, pois as mulheres sempre estiveram na resistência e na luta. Neste tocante, nossa referência é a expressão de Sueli Carneiro “enegrecendo o feminismo”, cuja relação está em alterar a perspectiva do movimento feminista para que as questões raciais pudessem adentrar o interior do movimento.

*Enegrecendo o feminismo* é a expressão que vimos utilizando para designar trajetória das mulheres negras no interior do movimento feminista brasileiro. Buscamos assinalar, com ela, a identidade branca e ocidental da formulação clássica feminista, de um lado; e, de outro, revelar a insuficiência teórica e prática política para integrar as diferentes expressões do feminino construídos em sociedades multirraciais e pluriculturais. Com essas iniciativas, pôde-se engendrar uma agenda específica que combateu, simultaneamente, as desigualdades de gênero e intragênero; afirmamos e visibilizamos uma perspectiva feminista negra que emerge da condição específica do ser mulher, negra e, em geral, pobre, delineamos, por fim, o papel que essa perspectiva tem na luta antirracista no Brasil (CARNEIRO, 2003, p.118).

Assim, referenciar o movimento feminista negro na construção de uma saúde que busque a equidade é imprescindível. Reconhecer a luta das mulheres negras por melhores condições de vida, sobretudo no que tange aos seus direitos sexuais e reprodutivos, na área da saúde, é dar sentido à importância da saúde da mulher negra.

O movimento de mulheres negras vem de uma longa tradição no que diz respeito à promoção e a elaboração de estratégias de intervenção na área de políticas públicas em saúde. Nos anos 60, 70 e 80, ele debatia contra forças sociais poderosas da sociedade brasileira, tais como o Estado, a Igreja, e os militares, objetivando interromper o controle e os abusos sobre a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras, que tinham um impacto devastador sobretudo sobre as mulheres negras e de camadas populares (SANTOS, 2009, p. 282).

---

<sup>14</sup> A inclusão na agenda faz parte do ciclo das políticas públicas e é um termo utilizado para designar que algo entra na rota de discussão e desperte a atenção dos atores sociais e políticos para a problemática.

O movimento feminista é, para as mulheres de modo geral, um ganho positivo na luta por direitos historicamente negados e contra o sexismo e a opressão vivenciada por elas. Porém, sob o olhar eurocêntrico, não deu conta de compreender as mulheres em suas variadas essências e experiências. O mito da fragilidade feminina e a proteção paternalista nunca alcançaram as mulheres negras que sempre estiveram atreladas a uma força inata decorrente de condição racial.

Mas as mulheres também sofriam de forma diferente, porque eram vítimas de abuso sexual e outros maus-tratos bárbaros que só poderiam ser infligidos a elas. A postura dos senhores em relação às escravas era regida pela conveniência: quando era lucrativo explorá-las como se fossem homens, eram vistas como desprovidas de gênero; mas, quando podiam ser exploradas, punidas e reprimidas de modos cabíveis apenas às mulheres, elas eram reduzidas exclusivamente à sua condição de fêmeas. Quando a abolição do tráfico internacional de mão de obra escrava começou a ameaçar a expansão da jovem e crescente indústria do algodão, a classe proprietária de escravos foi forçada a contar com a reprodução natural como o método mais seguro para repor e ampliar a população de escravas e escravos domésticos. Por isso, a capacidade reprodutiva das escravas passou a ser valorizada. Nas décadas que precederam a Guerra Civil, as mulheres negras passaram a ser cada vez mais avaliadas em função de sua fertilidade (ou da falta dela): aquela com potencial para ter dez, doze, catorze ou mais filhos era cobiçada como um verdadeiro tesouro. Mas isso não significa que, como mães, as mulheres negras gozassem de uma condição mais respeitável do que a que tinham como trabalhadoras. A exaltação ideológica da maternidade – tão popular no século XIX – não se estendia às escravas. Na verdade, aos olhos de seus proprietários, elas não eram realmente mães; eram apenas instrumentos que garantiam a ampliação da força de trabalho escrava. Elas eram “reprodutoras” – animais cujo valor monetário podia ser calculado com precisão a partir de sua capacidade de se multiplicar (DAVIS, 2016, p.19).

Este trecho retrata como as mulheres negras eram tratadas e nos coloca a pensar na lógica de como estas mulheres poderiam aglutinar-se a um movimento que não as contemplava. A diferença vivida por mulheres brancas e negras sempre esteve no cerne das relações sociais e das experiências vividas por estas.

Destarte, o movimento de mulheres negras nasce da necessidade de articulação de conceitos importantes do feminismo negro. A década de 1980 aflora este movimento a partir de grupos e organizações de mulheres negras para o nascimento de uma articulação política que pudesse visibilizar a luta destas mulheres (LEMOS, 2000).

A oposição ao feminismo tradicional decorre da necessidade de expor as tensões sociais decorrentes de raça e classe social, que para as mulheres negras fazia toda a diferença na luta por direitos. Deste modo, ebuliu o feminismo negro. Evidenciando as contradições, Jurema Werneck (2009) enfatiza que se a mulher branca reivindica o direito de ter filhos, a mulher negra reivindica o direito de tê-los, criá-los, e vê-los vivos até a velhice.

As reivindicações propostas pelo movimento têm presente diversas frentes: o acesso ao mercado de trabalho em condições dignas, o acesso à educação e à permanência no sistema de ensino, o direito à saúde, à cultura, ao culto de sua religiosidade, à construção de políticas públicas que possam refletir as demandas das mulheres negras e que possam combater o sexismo e o racismo, além de outras reivindicações.

No campo da saúde a luta está, em primeiro momento, no combate ao racismo institucional que impacta diretamente na oferta de serviços e no atendimento às demandas destas mulheres. Para além do reconhecimento das doenças que afetam as mulheres negras, é imperioso compreender o racismo institucional como uma das barreiras no que tange à saúde.

O racismo institucional enquanto mecanismo promove a exclusão de grupos racialmente subordinados (negr@s, indígenas, cigan@s), atuando de forma a excluir estes sujeitos. Há a apropriação dos resultados positivos pelos segmentos que foram privilegiados na sociedade em decorrência da escravização e, assim, o racismo institucional opera de maneira a induzir, manter e condicionar as ações do Estado, suas instituições e políticas públicas (WERNECK, 2013).

Na saúde o reflexo do racismo institucional pode ser observado pelas normas, práticas, comportamentos discriminatórios, no cotidiano de trabalho, a falta de atenção, o preconceito, a estereotipação dos corpos negros, o uso de menos anestésico em procedimentos, a falta de completo exame físico, a falta de informações que gerariam dados que poderiam subsidiar políticas de saúde que combateriam as desigualdades, entre outros. Werneck (2016), ao discorrer sobre o racismo institucional e a saúde da população negra, evidencia que há um deslocamento da questão individual, instaurando-se uma dimensão estrutural do racismo que corresponde a formas organizativas, políticas, práticas e normas que geram tratamentos desiguais.

Os dados da pesquisa realizada por Leal et al. (2017), que resultou no artigo *A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil*<sup>15</sup>, comprovam como as mulheres negras sofrem mais pelo mito de serem mais fortes. Os resultados da análise comparativa identificaram que as puérperas de cor preta possuíram mais risco de um pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade, ausência de acompanhante e peregrinação durante o parto. Foram as mulheres negras também que receberam menos anestesia local quando houve realização de episiotomia.

As mulheres negras, enquanto grupo historicamente excluído, têm a saúde impactada diretamente com o racismo. As desigualdades que estão presentes nas mais variadas esferas da

---

<sup>15</sup> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/?format=pdf&lang=pt>

vida interferem no direito à saúde para estas mulheres; assim, compreendendo a dimensão do racismo e do sexismo enquanto opressões, é preciso dizer que o combate ao racismo institucional é uma forma de promover saúde para as mulheres negras.

Neste sentido, retomando a luta das mulheres negras, referencia-se que a luta por direito à saúde tem o componente da inserção nas instâncias de controle social e na formação de grupos de mulheres negras que atuam nas mais diversas frentes. Como exemplo, pode-se citar a ONG Criola<sup>16</sup> e o Geledés – Instituto da Mulher Negra<sup>17</sup>, ambas organizações atuam na promoção dos direitos das mulheres negras e destacam a saúde como importante na luta por direitos.

No campo histórico de lutas, uma das principais ações, cuja referência serviu de base para outros movimentos e para formulação de políticas públicas, foi o 20 de novembro de 1995. A Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e pela Vida contou com mais de 30 mil manifestantes e, nesta oportunidade, foi entregue ao então Presidente da República Fernando Henrique Cardoso o Programa de Superação do Racismo e a Desigualdade Racial, que reivindicava a inclusão da população negra nas políticas públicas e, dentre os destaques, havia a saúde. Posteriormente, fruto destas reivindicações, foram criados espaços de formulação política por parte do Estado, o Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra – GTI População Negra em 1996, e o Grupo de Trabalho para a Eliminação da Discriminação no Emprego e na Ocupação – GTDEO em 1997. Outras ações foram a criação do Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD) e o Programa Nacional de Ações Afirmativas, em 2002. A movimentação das mulheres negras também foi registrada com a criação da Rede de Mulheres Afro-latino-americanas, Afro-caribenhas e da Diáspora e a realização de Encontros Nacionais de Mulheres Negras que ocorreram nos anos de 1988, 1992 e 2001 (RIBEIRO, 2008).

Do ponto de vista das conquistas das mulheres negras no campo social e político, faz-se necessário assinalar o governo do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Houve, durante este governo, importantes conquistas para a população negra: instituiu-se a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial<sup>18</sup> (PNPIR), o Conselho Nacional de Promoção da Igualdade

---

<sup>16</sup> Organização da sociedade civil fundada em 1992 que atua numa perspectiva integral e transversal nos direitos de mulheres, jovens e meninas negras. A missão é instrumentalizar as mulheres negras – jovens e adultas, cis e trans – para o enfrentamento ao racismo, sexismo, lesbofobia e transfobia. E ainda para atuar nos espaços públicos, na defesa e ampliação dos seus direitos, da democracia, da justiça e pelo Bem Viver.

<sup>17</sup> Criada em 30 de abril de 1988 é uma organização política de mulheres negras cuja missão institucional é a luta contra o racismo e o sexismo, a valorização e promoção das mulheres negras, em particular, e da comunidade negra em geral. A direção é formada exclusivamente por mulheres negras.

<sup>18</sup> Instituída através do Decreto nº 4.886 de 20 de novembro de 2003. O objetivo central da política é reduzir as desigualdades raciais no Brasil.

Racial<sup>19</sup> (CNPIR) e a inclusão dos Planos Plurianual<sup>20</sup> (2004-2007/2008-2011) de uma diretriz voltada à redução das desigualdades raciais e o Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial. Cita-se ainda as políticas voltadas para as mulheres, cuja contribuição às mulheres negras é uma referência: criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, a Lei Maria da Penha, O Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra Mulher e o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) (RIBEIRO, 2008). Na saúde, enfatiza-se a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra<sup>21</sup>, que destaca a questão da saúde da mulher negra referenciando a dupla discriminação sofridas por estas mulheres, que são atingidas pelo racismo e pelo machismo, e a Política Nacional de Saúde da Mulher. Esta última contém em suas diretrizes a promoção à saúde da mulher negra explicitando a necessidade de resguardar o direito a saúde à todas as mulheres observando as suas especificidades.

#### **2.4 Educação em Saúde: promoção da saúde através da transformação da prática**

A educação, enquanto prática pedagógica de transformação, coloca-se enquanto possibilidade para o indivíduo ampliar suas potencialidades e alcançar mais criticidade, podendo ser desenvolvida em diversos espaços. Neste sentido, o campo da saúde apresenta-se como um espaço de desenvolvimento de práticas educativas, sendo os serviços de saúde um exemplo de local onde é possível desenvolver a educação não-formal. A prática educativa no âmbito da saúde tem um escopo de possibilidades e um grande desafio: corroborar com a compreensão de que o processo saúde-doença é multifatorial.

O final do século XIX e o início do século XX foi um importante momento histórico na prática de educação em saúde, cuja base era o modelo higienista. Ligado à ideologia liberal, o referido modelo centrava-se nas responsabilidades individuais à produção da saúde, caracterizando a intervenção em normas nos diversos âmbitos da vida social. Nesta época, a educação em saúde estava baseada no chamado modelo tradicional e buscava controlar as

---

<sup>19</sup> Criado pela Lei 10.678 de 23 de maio de 2003, é um órgão colegiado de caráter consultivo cuja missão é propor políticas de promoção da igualdade racial com ênfase na população negra e outros segmentos étnicos da sociedade brasileira.

<sup>20</sup> Instrumento de planejamento de ações governamentais de médio prazo previsto na Constituição Federal. É um documento que expressa as prioridades do governo e contém metas e programas temáticos para alcançar os objetivos.

<sup>21</sup> Instituída através da Portaria nº 992 de 13 de maio de 2009. Considera e reflete a necessidade de diminuir as iniquidades em saúde levando em consideração as questões étnico-raciais.

epidemias de doenças infectocontagiosas. Não havia preocupação com a questão social que envolvia as doenças e as ações aconteciam por meio de campanhas sanitárias.

[...] As campanhas sanitárias eram compostas por vacina obrigatória, vistoria nas casas, internações forçadas, interdição, despejos e informações sobre higiene e a forma de contágio das doenças através de uma abordagem biologista e mecanicista, que eram ditadas de forma coercitiva e, muitas vezes, preconceituosa. Tão ditadora foi a campanha sanitária contra a febre amarela coordenada pelo médico sanitarista Oswaldo Cruz, que essa foi batizada pela imprensa como “Código de Torturas” (MACIEL, 2009).

Esta abordagem é conhecida como modelo tradicional de educação em saúde, oposto ao que se propôs durante a reforma do sistema de saúde com a nova referência para o significado de saúde, conhecido como modelo dialógico.

O modelo tradicional relaciona-se em sua concepção com o modelo de educação bancária<sup>22</sup> proposto por Paulo Freire. Observa-se uma relação assimétrica na construção do conhecimento, visto que os usuários são vistos como “carentes de informação em saúde”, enquanto o profissional de saúde é visto como “o que sabe”.

Embora o movimento de educação popular em saúde tenha sido o percussor dos questionamentos do modelo vigente até então para o desenvolvimento das ações educativas, foi durante o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira que as práticas educativas em saúde foram mais intensamente problematizadas. Assim, as mudanças ocorridas na área de saúde e a ampliação do conceito de saúde fomentaram o surgimento do modelo dialógico.

Figueiredo et al. (2010) apontam que este modelo tem relação com a participação ativa e com o diálogo entre educador e educando, onde todo o indivíduo passa a ser reconhecido como “portador de um saber”. Os autores acrescentam que este modelo tem sido responsável por mudanças de hábitos mais duradouros e por novos comportamentos para saúde, visto que há construção de novos sentidos e significados do processo saúde-doença.

Acompanhando os movimentos de transformações na saúde, foram criadas legislações visando favorecer o cuidado integral e corroborar com o novo modelo de atenção à saúde. Destaca-se inicialmente a Política Nacional de Promoção a Saúde, instituída através da Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, que visa o enfrentamento dos desafios de produção da saúde e a qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde. Destaca-se um dos objetivos desta política, “*VIII Promover processos de educação, formação profissional e*

---

<sup>22</sup> A educação bancária, como pensada por Paulo Freire refere-se a um modelo de aprendizagem que privilegia um saber sobre o outro acontecendo de forma unilateral, há apenas transmissão de conhecimento.

*capacitação específicos em promoção da saúde, de acordo com os princípios e valores expressos nesta política, para trabalhadores, gestores e cidadãos”.*

Corroborar com este objetivo a educação em saúde, definida, segundo o Ministério da Saúde (2006), como:

Processo educativo de construção de conhecimento em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas em seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2006).

E também, sendo definida por Salci et al. (2013), como:

Um conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo e emancipatório, que perpassa vários campos de atuação e tem como objetivo sensibilizar, conscientizar e mobilizar para o enfrentamento de situações individuais e coletivas que interferem na qualidade de vida (SALCI et al., 2013).

Ambos os conceitos coadunam com a prática educativa proposta por Paulo Freire (1996), que pensou a prática pedagógica enquanto ação libertadora cuja emancipação e autonomia são princípios básicos. Freire, precursor do movimento de educação popular na década de 1960, influenciou o Movimento de Educação Popular em Saúde, que no campo das práticas da educação em saúde ressignifica o saber popular e propõe processos educativos mais democráticos. A educação popular em saúde visa romper com a lógica de educação tradicional valorizando cultura e saber tradicional, sendo um importante instrumento na construção do processo educativo em saúde.

No âmbito do SUS, foi instituída a Política Nacional de Educação Popular em Saúde através da portaria 2761/2013, tendo como objetivo implementar a educação popular, orientando-se pelos princípios do diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular.

A PNEP-SUS reafirma a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular como princípios basilares do SUS. Desta maneira, visa garantir o direito a uma saúde integral, mediante a implantação de políticas públicas que contribuam para a melhoria da qualidade de vida e a diminuição das desigualdades sociais, alicerçadas na ampliação da democracia participativa no setor saúde (BORNSTEIN et al., 2016).

Neste sentido são utilizadas diversas estratégias educacionais na educação popular, compreendendo educação como um mecanismo de sensibilização e aproximação. Destacam-se duas estratégias que são utilizadas na proposta da educação popular: os círculos de cultura<sup>23</sup> e a Tenda Paulo Freire<sup>24</sup>.

Os círculos de cultura, criados por Paulo Freire, são reconhecidamente espaços de construção de conhecimento de modo dialógico e compartilhado. Cavalcante et al. (2016), em relato de experiência sobre a implementação do círculo de cultura em uma Unidade de Saúde no interior do Ceará, apontou a importância do método. Os autores referenciaram que o diálogo promovido durante o desenvolvimento dos círculos de cultura proporcionou uma ressignificação da compreensão dos profissionais. Monteiro e Vieira (2010), fundamentados nos círculos de cultura para propor uma (re)construção das ações de educação em saúde com enfermeiros de um PSF, também evidenciaram a potência dos referidos círculos, ao destacar que o uso dos círculos de cultura proporcionou uma descoberta para os sujeitos, e que houve uma dialogicidade maior na construção do conhecimento coletivamente construído.

Do mesmo modo, observa-se a potência das Tendões Paulo Freire enquanto um espaço de estímulo de aprendizado de maneira popular. Diversas experiências em eventos de saúde apontam que a tenda é um espaço que proporciona troca de experiências e o fomento a práticas populares de cuidado.

As práticas populares de cuidado, tradicionalmente concebidas como formas populares de cuidar, têm proposto possibilidades. Os processos de cuidado neste sentido podem ser possibilitados através do diálogo, da participação e da humanização. Assim, é possível transformar realidades, enfrentar as iniquidades em saúde e se comprometer com a emancipação dos sujeitos (BRASIL, 2012).

Desta maneira, a educação popular configura-se como um dos caminhos no campo da educação na saúde, que pode reorientar as práticas profissionais em direção à observação das iniquidades seus enfrentamentos para promover saúde. Sendo assim, é importante pensar na

---

<sup>23</sup> O círculo de cultura é uma proposta pedagógica de atividade coletiva da qual participam educando e educadores, numa relação horizontal, de diálogo. O círculo de cultura parte dos problemas vivenciados e de interesse dos participantes, na busca pela reflexão crítica sobre eles e no sentido de tomar uma posição perante estes problemas. Essa proposta foi sistematizada pelo educador Paulo Freire na década de 1960, quando alfabetizava trabalhadores rurais do interior do Rio Grande do Norte e de Pernambuco (TRAVASSOS, 2016).

<sup>24</sup> A Carta da Tenda Paulo Freire do 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, conceituou como “*um espaço político de resistência que reúne diferentes sujeitos sociais na articulação entre saberes técnicos, científicos e populares vivenciados mais próximos da cultura e realidade das comunidades. Tendo em vista a aproximação de diálogos sobre temas importantes para a sociedade, a partir dos princípios da amorosidade, problematização, construção compartilhada de saberes e práticas por uma realidade que busque por justiça social em vista da emancipação dos sujeitos individuais e coletivos por uma sociedade justa, ética, equânime e democrática*”.

educação popular em saúde como possibilidade de promoção à saúde da mulher negra, visto que a proposta contida em suas diretrizes abarca o compromisso com a equidade.

Outra grande possibilidade no campo da saúde que envolve a educação como processo norteador é a educação permanente em saúde. A Política Nacional de Educação Permanente vem como uma estratégia de fortalecer o SUS através da formação profissional problematizadora e que valoriza as especificidades dos espaços de atuação.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais (...) ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2009).

Enfatiza-se que, apesar de se parecer em diversos pontos e compartilhar conceitos com a educação popular em saúde, que tem em vista a cidadania, a educação permanente volta-se para o trabalho. Esta precisa ser compreendida enquanto política de educação na saúde e como prática de ensino-aprendizagem. Desta maneira, vai em direção à produção do conhecimento nas instituições de saúde, sendo contrária à educação mecânica, e busca a transformação das práticas a partir das vivências e experiências que são problematizadas, gerando novos conhecimentos (CECIM; FERLA, 2009).

Neste sentido, a educação permanente acrescenta a possibilidade de transformação da realidade em direção a uma saúde mais justa e equânime. Assim, a PNSIPN em suas diretrizes gerais e objetivos aponta que os temas racismo, saúde da população negra, combate às discriminações de gênero e orientação sexual devem constar nos processos de formação e educação permanente. Ademais, a educação permanente compõe os eixos estratégicos de implementação da PNSIPN (BRASIL, 2007). Na política de saúde da mulher no eixo concernente a mulher negra o termo utilizado é “capacitar os profissionais de saúde” no sentido de promover a saúde da mulher negra, porém apesar da educação permanente ser muito maior que a capacitação é plausível indicar nesta direção que este é um caminho possível para fomentar a mudança das práticas profissionais na promoção da saúde da mulher negra.

Por tudo isso, a promoção à saúde faz-se caminho para as práticas educativas. Promover saúde implica relacionar diversos sentidos e processos que buscam observar os aspectos que determinam a inter-relação saúde-doença. Objetivando, entre outros, intervir de maneira

articulada em tal correlação e, conseqüentemente, reduzir possíveis índices de adoecimentos evitáveis.

Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham (BRASIL, 2010).

Nesta direção, a Carta de Ottawa (1986), documento da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde diz que:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Assim, a educação em saúde, desenvolvida através das práticas educativas, pode ser um caminho para modificar estilos de vida. A promoção a saúde, interligada ao sentido de educar para autonomia, busca agregar as diferentes dimensões humanas, indissociando afetividade, amorosidade, capacidade criadora e busca de felicidade (BRASIL, 2002).

Buscando situar onde são desenvolvidas as práticas educativas em saúde, Nespoli (2016) ressalta que:

Em diversos espaços desenvolvemos ações de educação em saúde: nos grupos, consultórios, nas portas de entrada dos serviços, domicílios, praças e, mesmo, na rua. As ações de educação em saúde também se expressam nos cartazes, nas campanhas, nos panfletos e demais materiais que circulam nos serviços de saúde, na televisão, na internet e em outros espaços sociais que procuram desenvolver atividades educativas (NESPOLI, 2016).

Destaca-se que essas ações são desenvolvidas pelos profissionais da área da saúde, tendo estes, entre as atribuições previstas na política de saúde, o desenvolvimento de ações de educação em saúde. Neste sentido, as Unidades de Saúde da Família (USF) são *locus* importantes de desenvolvimento de ações/práticas educativas em saúde.

As diretrizes que regem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) têm como objetivo ampliar as ações de saúde à comunidade, a partir da composição da equipe que, no mínimo, deve contar com um médico, uma enfermeira, auxiliar/técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde. Sendo, também, de responsabilidade das equipes a atenção à população na área adscrita, a partir da perspectiva do vínculo e da corresponsabilidade. A equipe deve fundamentar seu trabalho nos referenciais teóricos de vigilância e promoção a saúde (ALVES; AERTS, 2011).

Dentre as atribuições comuns a todos os profissionais que atuam na ESF, situam-se as práticas educativas (BRASIL, 2017). Consta, no conjunto de atribuições da PNAB, “*XXIII- Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas a necessidades desde público*” (BRASIL, 2017, p 16). Neste sentido, as equipes de saúde da família da unidade Nossa Senhora da Vitória devem incorporar tal atribuição para que possam efetivamente promover cuidado em saúde, inclusive no que tange à saúde da mulher negra.

Ainda, conforme aponta Alves e Aerts (2011), as equipes devem atuar para ampliar e fortalecer a participação popular e o desenvolvimento em âmbito pessoal e interpessoal. Desta maneira, o trabalhador deve se envolver com os usuários utilizando-se da comunicação enquanto instrumento terapêutico, assistindo indivíduos e famílias antes do surgimento dos problemas e agravos a saúde. Sob a perspectiva da promoção à saúde, as práticas educativas assumem a direção de fortalecer as escolhas dos sujeitos.

## PARTE III

### 3 O PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 Tipo de estudo

Para compreender a relação das práticas educativas e a saúde da mulher negra no município de Ilhéus- Bahia, optou-se por uma pesquisa do tipo descritiva com abordagem qualitativa e quantitativa. Este tipo de pesquisa se enquadra na proposta de buscar descrever um fenômeno, buscando apresentar correlações entre variáveis deste estudo. Gil (2008) acrescenta sobre estudos descritivos:

As pesquisas deste tipo têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL, 2008, p.28).

Corroborando com esta perspectiva, Trivinhos (1987, p. 110) diz que o estudo descritivo pretende descrever “com exatidão” os fatos e fenômenos de determinada realidade e, deste modo, quando se pretende conhecer determinada realidade e suas características, utiliza-se deste tipo de estudo.

Deste modo, para alcançar os objetivos da pesquisa realizou-se inicialmente um estudo bibliográfico buscando identificar o estado da arte, ou seja, o conjunto de trabalhos que já exploram a temática objeto deste estudo.

A pesquisa tem uma abordagem majoritariamente qualitativa, porém apoia-se também em dados quantitativos, pois compreende-se que estas abordagens podem ser complementares para compreensão do fenômeno estudado. Bogdan e Biklen (2003) dizem que a pesquisa de cunho qualitativo tem ênfase maior no processo do que no produto, e que este tipo de abordagem envolve a obtenção de dados descritivos captados a partir da relação direta do pesquisador com a situação estudada, e que também se preocupa em retratar a perspectiva dos participantes. De outro modo, a pesquisa quantitativa quantifica dados e tem relação com análises estatísticas. Assim, Almeida Filho (2003) reforça que:

[...] A questão qualitativo/quantitativo, em relação à estratégia de investigação, seja melhor esclarecida. Em relação a esse aspecto, penso que não se trata de um contínuo entre quantidade e qualidade. Não se trata de um contínuo, e sim de arranjos destinados a, com maior eficiência, produzir conhecimento a respeito de problemas concretos da natureza, da cultura, da sociedade e da história, problemas que se referem à saúde (ALMEIDA FILHO, 2003, p.149).

### **3.2 Cenário da pesquisa**

A pesquisa foi realizada nos meses de agosto e setembro do ano de 2021 no município de Ilhéus/BA no bairro Nossa Senhora da Vitória. O município localiza-se na região Sul do Estado da Bahia e é cercado pelo Oceano Atlântico e por lagoas. De acordo com o censo de 2010, tem uma população de 184.236 habitantes dividida entre 51,45% feminina e 48,55% masculina. A cidade sedia um dos Núcleos Regionais de Saúde que abrange 08 municípios da região. A rede de atenção básica do município conta com 14 Unidades Básicas de Saúde, 23 Equipes de Saúde da Família, 2 Equipes Saúde da Família Indígenas e 15 Postos de Saúde da Zona Rural. O bairro Nossa Senhora da Vitória está situado na região sul de Ilhéus e conta com escolas, centros comunitários, equipamento da política de assistência social e unidade de saúde. Destaca-se que este é um dos bairros mais populosos da zona sul de Ilhéus.

O *locus* da pesquisa foi a Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora da Vitória (NSV), que está localizada no bairro Nossa Senhora da Vitória, no sul do município de Ilhéus e compõe a rede de Atenção Básica municipal. É preciso destacar que dentro da mesma estrutura física estão alocadas três equipes de saúde: ESF NSV I, ESF NSV II e ESF NSV III. Estas Unidades de Saúde nascem numa estratégia de efetivação da Atenção Básica, buscando através da lógica da prevenção e da continuidade do cuidado a atenção integral a saúde. Ainda, estas unidades estão localizadas em um território definido e buscando atender uma dada população, levando em consideração os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2017)

### **3.3 Participantes da pesquisa**

Os participantes da pesquisa foram os profissionais que atuam nas três equipes de saúde da Estratégia de Saúde da Família Nossa Senhora da Vitória. No mesmo espaço físico estão alocadas três equipes de saúde que atendem, cada uma, a uma área de abrangência, a uma população adscrita e tem seus profissionais específicos. Os dados do Cadastro Nacional de

Estabelecimento de Saúde (CNES), atualizados em 14/01/2022, apontam que existem 45 profissionais de saúde da unidade entre Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliar Administrativo, Odontólogo, Auxiliar de Saúde Bucal, Técnico em Farmácia, Agentes Comunitário de Saúde, Nutricionista, Psicólogo e Auxiliar de Serviços Gerais.

Os profissionais que foram convidados a participar da pesquisa foram aqueles que estão dentro da composição de equipe mínima segundo a PNAB. Deste modo, participaram da pesquisa Médicos, Enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde e Técnicos de Enfermagem. A amostra inicial previu a participação de 26 sujeitos, porém houve recusas de participação e profissionais que estavam ausentes da unidade por motivos diversos.

Todos os participantes foram advertidos quanto aos objetivos, riscos e finalidade da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **3.4 Coleta dos dados**

A técnica utilizada para coleta de dados foi a entrevista. Para Gil (2008), a entrevista é uma técnica adequada quando se busca informação sobre o que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem, desejam ou pretendem fazer, além de ser uma forma de interação social muito utilizada no âmbito das ciências sociais. Ainda, este autor define a entrevista:

[...] Como a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. A entrevista é, portanto, uma forma de interação social. Mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação (GIL, 2008, p.109).

Deste modo, foi estruturado um roteiro de entrevista para coleta de dados acerca da identificação do participante, racismo e saúde, Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e práticas educativas na saúde com a temática da saúde da mulher negra. Os profissionais foram informados sobre os objetivos da pesquisa e convidados a participar durante uma reunião realizada com as três equipes de saúde na unidade de saúde. Assim, as entrevistas foram realizadas individualmente, em horário acordado juntamente com o participante. Todas as entrevistas foram realizadas de maneira presencial e apesar de estar disponível a ferramenta de entrevista online a mesma não foi utilizada.

### 3.5 Análise e organização dos dados

A análise dos dados foi precedida da organização dos dados e leitura das entrevistas. Findada a coleta de dados, deu-se início à organização dos dados por meio de digitação em *Google Forms* para que os dados fossem sistematizados de maneira mais ágil. Criou-se uma planilha em *Excel* e gráficos com dados quantitativos, que foram posteriormente utilizados no relatório de pesquisa. Os dados obtidos foram dispostos em frequências absolutas e relativas e apresentados em formato de gráficos e tabelas. Acrescenta-se que as entrevistas foram transcritas no formulário *Google Forms* para utilização na análise.

Utilizou-se como método a análise de discurso, pois compreende-se que esta é uma ferramenta metodológica potente que busca captar o que está implícito no discurso. Barros (2015) aponta que a análise de discurso implica em observação exterior à língua. Envolve questões para além do âmbito linguístico e remete a aspectos ideológicos e sociais aos quais as palavras são remetidas quando são escritas ou faladas. Assim, a preocupação é a relação do discurso com a produção dos sentidos no percurso histórico adquirindo sentido em determinada conjuntura.

Em Foucault o discurso é um espaço histórico que se relaciona com questões políticas e ideológicas permeando os sentidos. A relação entre poder, saber e linguagem produz o sentido (BARROS, 2015).

Assim, considerando a necessidade de buscar o que estava implícito nos discursos dos entrevistados, houve a categorização das respostas, devido à necessidade de agrupar os discursos dos entrevistados para melhor análise das respostas. Ademais, realizaram-se inferências à luz do referencial teórico e a complementariedade de autoras da área de saúde.

### 3.6 Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa observou os princípios éticos conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as pesquisas com seres humanos. Deste modo, foi realizada a submissão da pesquisa na Plataforma Brasil em 13 de maio de 2021 e o parecer de aprovação e liberação da pesquisa foi emitido em 13 de agosto do mesmo ano. Enfatiza-se que

as entrevistas foram iniciadas após aprovação do Comitê de Ética com a emissão do parecer (Anexo A).

Os participantes durante a entrevista foram orientados quanto aos possíveis riscos e danos da pesquisa e, ainda, foram orientados quanto ao sigilo e a confidencialidade da entrevista e sobre a liberdade de desistir a qualquer tempo sem que acarretasse prejuízo ao mesmo. Para todos foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e solicitada a assinatura.

### **3.7 Produto final: vídeo educativo**

A partir das considerações teóricas e das análises das entrevistas dos profissionais, foi criado um material audiovisual para que os profissionais possam utilizar nas ações de educação em saúde. A escolha de um audiovisual deu-se pela compreensão de seu potencial educativo.

A linguagem audiovisual tem, em sua composição, sons e imagens, e sua transmissão é realizada através de vídeos, filmes ou documentários. Os códigos que compõem esta linguagem são compostos por elementos explícitos, de fácil compreensão e de elementos semânticos implícitos que podem ser percebidos pelo subconsciente (PESSÔA; SALGADO, 2012). Optou-se por um vídeo, pois:

[...] O vídeo educativo apresenta-se como um instrumento didático e tecnológico, constituindo-se em uma ferramenta que proporciona conhecimento, favorece a consciência crítica e a promoção da saúde. Os vídeos educativos têm sido utilizados em diversas experiências pedagógicas demonstrando a relevância da sua aplicabilidade no processo de ensino aprendizagem, pois combinam vários elementos, tais como imagens, texto e som em um único objeto de promoção do conhecimento (DALMOLIN et al., 2016, p. 2).

Considerando estes elementos, elencaram-se temas para composição do vídeo educativo, sendo definidos: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, saúde da mulher negra e processos educativos na área da saúde. Cabe destacar que eles foram temas centrais dos quais outros assuntos transversais foram sendo abordados para melhor compreensão dos expectadores.

## PARTE IV

### 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

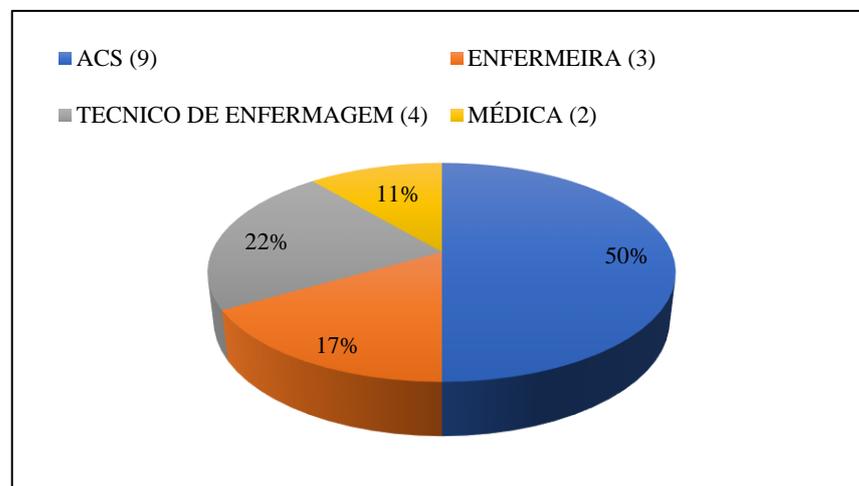
Neste capítulo são apresentados os resultados da pesquisa que buscou compreender se as práticas educativas realizadas na Estratégia de Saúde da Família Nossa Senhora da Vitória envolviam a saúde da mulher negra. A análise foi realizada com base nas respostas dos 18 participantes da pesquisa.

Para melhor apresentação dos resultados, dividiu-se a apresentação em tópicos: perfil dos entrevistados, racismo e saúde, saúde da mulher negra e processos educativos.

#### 4.1 Perfil dos entrevistados

Os participantes da pesquisa, em sua maioria, foram os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pois são a maioria da força de trabalho da unidade. Cada equipe conta com aproximadamente 5 profissionais desta categoria. A distribuição dos participantes da pesquisa por cargo ocupado na Unidade de Saúde encontra-se disposta na Figura 4.

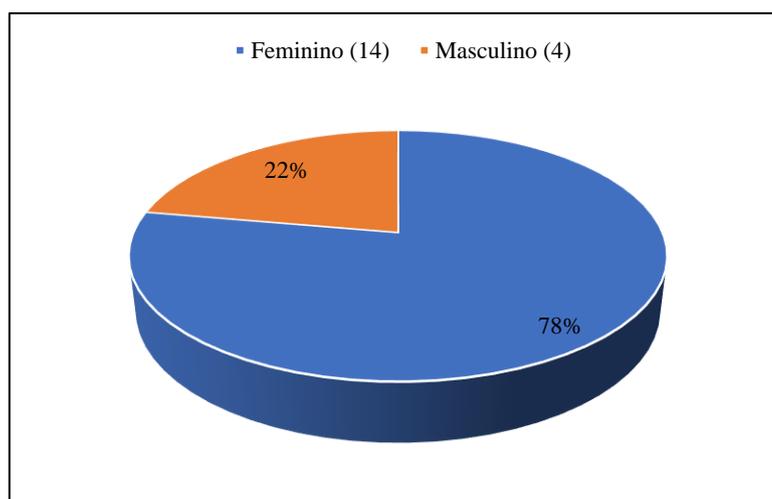
**Figura 4** – Distribuição dos participantes por cargo ocupado na Unidade de Saúde Nossa Senhora da Vitória- Ilhéus/BA, no período de agosto-setembro de 2021.



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

A distribuição dos participantes da pesquisa por sexo na Unidade de Saúde encontra-se disposta na Figura 5. Este dado coaduna com pesquisa já realizada anteriormente, que demonstra que há um predomínio das mulheres na força de trabalho em saúde e na gestão dos serviços<sup>25</sup>.

**Figura 5** – Distribuição dos participantes por sexo na Unidade de Saúde Nossa Senhora da Vitória- Ilhéus/BA, no período de agosto-setembro de 2021.



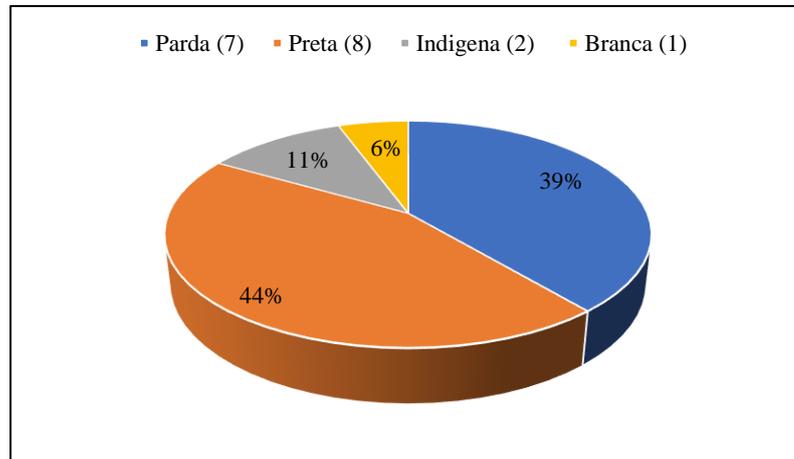
Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Em relação à residência dos entrevistados, a maioria mora no bairro onde está localizada a Unidade de Saúde (50%); outros residem nos bairros adjacentes/vizinhos e, destes, apenas três residem em bairros distantes da unidade. Pode-se inferir que os entrevistados têm proximidade com o bairro em que atuam, o que é positivo para pensar as ações de saúde e relação serviço-território- população. Os dados também demonstraram que estes profissionais, em sua maioria, têm 16 anos ou mais de serviço.

Outro fator importante para esta pesquisa está relacionado à identificação de raça/cor dos entrevistados (Figura 6). Foram aqui utilizadas as mesmas categorias preconizadas pelo IBGE. Os resultados apontam predominância de negros, levando em consideração que este é compreendido pela soma de pretos e pardos. É importante registrar que entre os pesquisados também foram encontrados indígenas, dois autodeclarados cuja etnia apenas um soube informar, visto que o outro informou sentimento de pertencimento.

<sup>25</sup> <https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/>

**Figura 6** – Autodeclaração de raça/cor dos profissionais da Unidade de Saúde da Família de Nossa Senhora da Vitória que participaram da pesquisa. Ilhéus, Bahia – no período de agosto-setembro de 2021.



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

#### 4.2 Racismo e saúde

Neste tópico a proposta de análise centra-se na compreensão que os entrevistados têm sobre o racismo e saúde. Deste modo, a pesquisa evidenciou que, ao serem questionados sobre se identificavam o racismo na sociedade, a resposta unânime foi de que “*sim*”, existe racismo na sociedade. Porém, ao serem questionados sobre a existência do racismo na área da saúde, 17% dos entrevistados disseram não observar tal fato.

Vale salientar que, numa sociedade ambientada pelo mito da democracia racial, o reconhecimento do racismo é primordial, mas não o bastante. Observa-se que apesar do reconhecimento do racismo, alguns entrevistados não conseguiram refletir sobre o racismo e sua influência na área saúde. Os outros entrevistados, que somaram 83%, foram questionados sobre exemplos que remetesse ao racismo na saúde, sendo as respostas categorizadas no Quadro 1.

**Quadro 1** – Respostas dos profissionais da Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora da Vitória a respeito de exemplos de racismo na área da saúde. Ilhéus/Bahia, agosto-setembro 2021.

CATEGORIAS	DISCURSOS
Exemplos associados à área de saúde	“Percebia quando trabalhava no hospital que a pessoa negra recebia menos informações, menos orientação; e até na clínica cirúrgica a colega olhava uma pessoa negra baleada e dizia: ‘vixe deve ser bandido’ ”.- <i>Orquídea 2</i> <sup>26</sup>

<sup>26</sup> Buscando a confidencialidade das informações foi solicitado aos entrevistados que dessem nomes aos seus discursos e os nomes referidos foram fornecidos pelos entrevistados citados.

	<p>“Tratamento diferente por conta da cor; por conta das vestimentas (roupas curtas) e isso se associa a pessoa negra. – <i>Sapato</i></p> <p>“A gente viveu há pouco tempo, um rapaz se recusou a tomar vacina com uma menina por ela ser negra”. – <i>Melancia</i></p> <p>“Forma de tratamento; formas que o paciente é tratado não aqui mas no geral”. – <i>Morango</i></p> <p>“Eu acho que o racismo na saúde está inserido nos processos sociais injustos que podem estar na esfera da saúde; dois exemplos, aconteceram aqui na semana passada; perguntei a pessoa ‘como vc está?’ Ela me disse que não estava bem por diversos fatores de sua situação, me disse não estar conseguindo médico, passei para outra pessoa para não passar por cima. A pessoa atendeu e agendou para dia 20, porém a usuária não passou pela médica e eu chamo isso de processo injusto e a pessoa era negra. Outro exemplo: a pessoa está doente e precisa de atendimento; a pessoa foi a determinada Unidade de Saúde, e disse que precisava fazer o cartão do SUS, porém houve negativa pois falou (atendente) que ela precisava atestar que a pessoa morava lá para fazer o cartão do SUS. Eu chamo isso de processo injusto pois a pessoa precisava do cartão para ser atendida e tem que passar por esta burocracia toda”. – <i>Saúde</i></p> <p>“Relato com relação aos profissionais. Um grupo de enfermeiras brancas e duas negras e foi possível ver as brancas se afastando para não discutir com as colegas negras; estavam batendo papo sobre profissional como quem diz ‘essa é uma conversa nossa’ não tem como socializar com as pretas”. – <i>Cravo</i></p> <p>“Se você for negro e chegar na recepção logo vê o jeito que a pessoa atende, tem suas particularidades em qualquer lugar; eu não sei se no consultório isso acontece; quando se trata de SUS o tom de pele não tem muita diferença; quando se trata de atendimento ruim é para todos. Uma médica atende diferente em consultório particular e no SUS”.- – <i>Flor</i></p> <p>“Eu percebo que as pessoas as vezes as explicações são superficiais como se a pessoa não tivesse capacidade de entender; subestimam a inteligência e isso está ligado ao tom de pele; pessoas brancas não fazem tantas queixas. O paciente branco chega mais instruído. Acho o negro e o pobre nessa situação. Uma diferença na hora de explicar”. – <i>Rosa 2</i></p> <p>“Minha mãe negra estava, há quase 2 anos, com sintomas de vômito e a médica nem olhou na cara dela, não perguntou as comorbidades, questionei, mas ela foi arrogante em dizer ‘sou médica’ isso é um tipo de racismo por ser preta ou pobre não sei, mas é racismo”. – <i>Rosa 1</i></p>
<p><b>Exemplos da vida cotidiana</b></p>	<p>“Porque se tem na sociedade a saúde não é diferente; Eu só me atentei a saúde da mulher negra a partir de uma <i>live</i>, eu nunca havia pensado daquela forma apesar de atender grande maioria das mulheres negras”. – <i>Orquídea</i></p> <p>“As próprias pessoas quando você pergunta a cor são negros e preferem falar que são pardos. O mesmo ocorre para os índios”. – <i>Pescaria</i></p> <p>“Quando alguém chega em determinado lugar é tratado com diferença pela cor ou posição social, que é racismo; já presenciei algumas situações e talvez não foi uma vez só”. – <i>Abacaxi</i></p> <p>“No tratamento; na informação as pessoas quando é uma pessoa humilde o tratamento é diferente; poder aquisitivo; se chega arrumadinho, de carro, acha que tem conhecimento, quando chega de sandália acha que pode fazer o que quiser”. – <i>Maria</i></p>

<p><b>Não souberam exemplificar</b></p>	<p>“Eu não ligo muito para isso, mas eu não me lembro um exemplo”. – <i>Rosas</i></p> <p>“Não sei responder”. – <i>Televisão</i></p>
---	--

Fonte: Elaborada pela autora (2022).

A primeira questão que se põe na análise/reflexão decorre da afirmação e reconhecimento dos entrevistados sobre a existência do racismo na sociedade. Neste sentido, afirma Djamilia Ribeiro (2019), “reconhecer o racismo é a melhor forma de combatê-lo”. Importa referenciar que quando questionados sobre a presença do racismo na área de saúde alguns entrevistados não conseguiram guardar relação.

Almeida (2019) aponta que a desigualdade racial é característica da sociedade e não somente pela ação individual/grupal, mas dentro da perspectiva que a instituição que a compõe utiliza-se de mecanismos institucionais para impor seus interesses. Assim, o racismo precisa ser compreendido não somente dentro de seu aspecto individual, mas de forma sistêmica. No campo da saúde ocorre que há a ideia de “igualdade”, que considera “todos somos iguais” e que não há necessidade de distinção.

Os entrevistados que identificaram a existência de racismo na saúde exemplificaram e tais repostas foram categorizadas em três grupos: “exemplos associados à saúde”, “exemplos da vida cotidiana” e “não souberam exemplificar”. Este último grupo apresentou dificuldades em falar do racismo apesar de reconhecer sua existência.

O grupo que identificou a partir dos exemplos no âmbito da saúde relacionou-se com a vida cotidiana, sendo o racismo identificado não somente na vida dos usuários, mas também de profissionais de saúde. Os relatos relacionam-se com o conceito de racismo institucional. Este tipo de racismo está ligado à forma de atuação no âmbito institucional cujos mecanismos geram exclusão de grupos racialmente subordinados e incapacidade de prover serviços apropriados em decorrência de discriminação por causa de cor, origem étnica ou cultura (WERNECK, 2016). O racismo institucional manifesta-se na maioria das vezes de forma implícita, guiado pelos estereótipos sociais negativos em relação à população negra; na saúde, determina atendimento, atenção e cuidado por vezes precários por conta do pertencimento racial. Essa é uma questão presente na fala dos entrevistados.

No campo da vida cotidiana os entrevistados relataram o racismo além das estruturas da área de saúde, identificando o racismo presente na sociedade e apontando atitudes no âmbito individual.

### 4.3 Saúde da mulher negra

A questão da saúde da mulher negra implica em um olhar atento, antirracista e antissexista. Ressalta-se, pois, que gênero e raça quando entrelaçados em análises revelam a situação vulnerável a que estão submetidas as mulheres negras. Almeida e Pereira (2012) apontam que a racialização e a genderização dos corpos são inerentes, a partir da colonização, que não só separou a sociedade entre homens e mulheres, mas em homens brancos e negros e mulheres brancas e negras, atribuindo a cada um destes um papel na escala social. Desta maneira, pensar a saúde da mulher negra é combater o racismo e o sexismo presentes na sociedade a partir de uma perspectiva interseccional de debate.

Assim, a partir da hipótese do desconhecimento dos profissionais acerca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e deste ser um fator determinante na falta do direcionamento de ações voltadas à saúde da mulher negra, buscou-se compreender o que os profissionais detinham de conhecimento nesta temática.

Compreendendo a necessidade de se reconhecer as legislações presentes no SUS relacionadas a saúde da população negra, buscou-se verificar o conhecimento dos profissionais acerca destas. Deste modo, no que tange à PNSIPN, mais de 70% informaram desconhecimento da existência da política. Tal desconhecimento pode ser explicado a partir do entendimento de que há uma deficiência na implementação desta política e da dificuldade de incluir a questão racial nos processos de educação em saúde. Esses dados corroboram com pesquisa realizada pela Universidade de São Paulo (USP) e a Secretaria de Saúde de São Paulo (SES-SP)<sup>27</sup>, que evidenciou que apenas 28% dos municípios brasileiros implantaram a política.

Os entrevistados que informam conhecer a política (28%) foram questionados sobre “qual contato tiveram”, e as respostas estão dispostas no Quadro 2.

**Quadro 2** – Respostas dos profissionais da Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora da Vitória sobre o contato com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Ilhéus/Bahia, agosto-setembro 2021

CATEGORIAS	DISCURSOS
<p><b>Pouco contato</b></p>	<p>“Não conheço a ponto de falar sobre ela, mas já ouvi falar”. – <i>Orquídea</i></p> <p>“Ouvi falar”. – <i>Maria</i></p>

<sup>27</sup> Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/podcast/apos-10-anos-politica-de-saude-da-populacao-negra-so-foi-efetivada-em-57-municipios>

	“Não só ter saúde mas ter as condições de saúde (moradia, emprego, renda, lazer) dentro do meu conhecimento é esta a política”. – <i>Saúde</i>
<b>Contato a partir de processo de educação em saúde</b>	“Um processo de educação em saúde feito pelos residentes”. – <i>Orquídea 2</i>  “Sim, sei que existe, porém não sei de que forma se dá a aplicação. Aqui houve a sorte dos residentes que trouxeram a informação. Todo mundo olha a partir dessa observação”. – <i>Rosa</i>

Fonte: Elaborada pela autora (2022).

Em suma, foi perceptível que não houve repostas concisas em relação à PNSIPN, todos de alguma maneira registraram já ter “ouvido falar”, porém sem profundidade do assunto. Um dado importante diz respeito às potencialidades das residências multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica. A Residência Multiprofissional é um grande potencializador das ações da Atenção Básica, uma vez que insere profissionais nos serviços buscando qualificá-los, ofertando o aprendizado teórico-prático aos profissionais residentes. Estes ofertam aos serviços em que estão inseridos novas roupagens, sobretudo no que diz respeito aos processos de educação em saúde, como foi possível evidenciar na fala de alguns entrevistados.

Em relação à Portaria 344/2017, verificou-se que os entrevistados observam a existência do campo raça/cor nos formulários, porém desconhecem a existência de uma política que normatiza a existência deste campo. Esta portaria é considerada um avanço na área de saúde, pois torna obrigatório o preenchimento do campo raça/cor nos sistemas e formulários utilizados na área de saúde (BRASIL, 2017). A coleta de dados e o preenchimento dos formulários podem direcionar ações estratégicas para o cuidado efetivo à saúde das mulheres negras, vez que a partir desses será possível a implantação de políticas públicas que proporcionem uma melhor qualidade de vida para estas mulheres. Assim, questionados sobre dificuldades de preenchimento do campo, 61,1% dos profissionais informaram ter tal dificuldade. Os discursos acerca dessa temática apresentam-se dispostos no Quadro 3.

**Quadro 3** – Respostas dos profissionais da Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora da Vitória sobre a dificuldade no preenchimento do campo “raça/cor” nos sistemas e formulários utilizados na área de saúde. Ilhéus/Bahia, agosto-setembro 2021

CATEGORIA	DISCURSOS
<b>Dificuldades na autoidentificação étnico-racial</b>	“Há dificuldade muitas vezes do paciente se reconhecer, as vezes falam de acordo com a certidão de nascimento; eu pergunto: ‘mas como você se reconhece?’ ”.– <i>Orquídea</i>  “As pessoas não sabem se definirem quem são”. “. – <i>Rosa</i>

<p>“A própria população se confunde; as pessoas perguntam para gente responder por ela; antes não havia esta informação nos formulários”. “.- <i>Melancia</i></p> <p>“As pessoas tem; é uma coisa que ta impregnado; eu falo as opções para ver o que a pessoas respondem”. “.- <i>Morango</i></p> <p>“Preenche o que a pessoa responde; as vezes a pessoa negra ela diz que é parda e ela responde com aspecto racial por falta de conhecimento; é muito mais fácil responder que é "morena" do que negra; as vezes não quer assumir que é negro; esta dentro dos critérios de identidade”. “.- <i>Saúde</i></p> <p>“Percebo que as pessoas não sabem o que são, a não ser quando é branco porque quando é negro não sabe; é um campo que preenche sem perguntar; a maioria das certidões”. “.- <i>Abacaxi</i></p> <p>“As pessoas não sabem se identificar, a maioria da população tem a mesma cor; há dificuldade sim; Não sou eu quem vou dizer a cor, a pessoa precisa dizer e eu coloco no papel”. “.- <i>Maria</i></p> <p>“O paciente não sabe como autodeclarar; alguns não querem se declarar por medo; explica da necessidade do campo de estudos; relatam ‘no meu documento esta parda’, digo ‘mas você se considera que cor?’ “. “.- <i>Rosa</i></p>
---

Fonte: Elaborada pela autora (2022).

Em suma, os profissionais relatam que a dificuldade no preenchimento do campo advém da dificuldade que os usuários têm para fazer sua autoidentificação étnico-racial. Importa neste sentido evidenciar que o censo demográfico tradicionalmente realizado pelo IBGE é relativamente recente no que tange às categorias utilizadas para identificar o pertencimento racial da população. O primeiro censo foi realizado em 1872 e a classificação racial tal qual está posta hoje foi adotada em 1991. Neste mesmo ano, o movimento negro lançou a campanha “*Não deixe sua cor passar em branco*” buscando fomentar junto a população negra a importância a autoafirmação de pertencimento racial (SENKEVICS, 2015). Na saúde, o campo étnico-racial nos sistemas de informação foram inseridos a partir de 1996 no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

É importante refletir que os aspectos da questão étnico-racial brasileira se relacionam no mito da democracia racial e na discussão sobre mestiçagem no Brasil. O pensamento racial brasileiro constituiu-se a partir da ideia de inferioridade das raças não-brancas e da necessidade de aniquilação do povo negro para construção de uma identidade nacional branca (MUNANGA, 1999). A questão da mestiçagem é presente da fala dos entrevistados: “*a maioria da população tem a mesma cor*”, “*as pessoas não sabem de definirem quem são*”, “*é muito mais fácil responder que é morena que negra*”.

Carneiro (2000) reflete que a miscigenação racial se presta a diferentes usos políticos e ideológicos. É esta que dá suporte ao mito da democracia racial, escondendo que não há uma tolerância racial e omitindo o estupro colonial de mulheres negras e indígenas. Ainda, a miscigenação tem construído um ideário de embranquecimento no país onde, no topo, a partir de uma hierarquia cromática e de fenótipos, estaria o “branco da terra”. Dos relatos dos entrevistados, depreende-se que a dificuldade de autoidentificação é reflexo da operacionalização do racismo por meio do mito da democracia racial e da construção do racismo no Brasil, considerando a discussão supracitada.

Outra importante legislação no âmbito do SUS para as mulheres negras é a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher<sup>28</sup> (PNAISM), pois dispõe de um tópico referente à saúde da mulher negra. Salienta-se, pois, que apesar de não aprofundar questões de saúde da mulher negra, este tópico contempla algumas ações importantes para promoção à saúde da mulher negra e representa um avanço no que diz respeito à atenção à saúde.

Neste tocante, a pesquisa verificou que (94%) dos profissionais conhecem a PNAISM, porém por via contrária; ao serem questionados sobre “*alguma informação nesta política sobre a saúde da mulher negra*”, apenas (11%) dizem conhecer. Verifica-se, pois, um ponto de reflexão e desafio para os profissionais que é o olhar à mulher a partir da racialização, compreendendo que há necessidades diferentes entre as mulheres. Neste sentido, o tópico referente às mulheres negras na PNAISM vem fortalecer a promoção de atenção à saúde das mulheres negras. Acrescenta-se que o desconhecimento das demandas de saúde da mulher negra evidencia mais uma forma de discriminação e da problemática do racismo institucional (OLIVEIRA; KUBIAK, 2019).

Avançando na pesquisa, buscou-se saber se os profissionais já ouviram falar em “*saúde da mulher negra*”, e os achados deram conta que (56%) “*já ouviram falar*” e, quando questionados sobre qual contato tiveram com a temática, as respostas apontaram que houve algum contato. As respostas foram dispostas no Quadro 4.

---

<sup>28</sup> A política foi instituída em 2004 e os objetivos gerais são: Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; e Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. Ademais a política traz em seu texto referência a especificidades das mulheres, como por exemplo a mulher negra.

**Quadro 4** –Respostas dos profissionais da Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora da Vitória sobre conhecimento em relação à saúde da mulher negra. Ilhéus/Bahia, agosto-setembro 2021

CATEGORIA	DISCURSOS
<p><b>Processos educativos externos</b></p>	<p>“Durante uma <i>live</i> que você fez; me lembro do questionamento de um profissional sobre porque falar da saúde da mulher negra.” – <i>Orquídea</i></p> <p>“não sei nada mas já ouvi falar em algumas reportagens; questão de movimentos que se coloca como defensor; já ouvi alguns deputados comentar em relação a isso” – <i>Abacaxi</i></p>
<p><b>Processos educativos na saúde</b></p>	<p>“Foram discussões pois atuo na área há 20 anos e participei uma vez de uma palestra sobre saúde da mulher negra.” – <i>Pescaria</i></p> <p>“Através da reunião de participação na pesquisa.” – <i>Maria</i></p> <p>“Sou dos Mais Médicos; cursos de saúde da mulher negra; Aqui houve roda de conversa sobre a saúde da mulher negra.” – <i>Rosa</i></p> <p>“A questão que tem propensão a doenças” – <i>Morango</i></p>
<p><b>Contato superficial</b></p>	<p>“Muito pouco contato, coisa que li e vi que existia” – <i>Orquídea 2</i></p> <p>“Nunca li; existem os grupos populacionais e tem a população negra; não lembro” – <i>Melancia</i></p> <p>“que é igual a saúde de todas as outras; se chegar uma negra aqui e fazer preventivo e uma negra também faz” – <i>Televisão</i></p> <p>“ta baseado nos aspectos que citei ( não é só ta bem no físico, você tem que ta bem, ter condições dignas de saúde)” – <i>Saúde</i></p>

Fonte: Elaborada pela autora (2022).

A área da saúde da mulher negra representa mais que uma denúncia ao racismo institucional, representa confrontar discussões, estereótipos, práticas racistas e generificadas a partir da lógica patriarcal e heteronormativa. É uma contraposição às formulações das ideias eugenistas no campo da saúde (SANTOS, 2009). Desta maneira, a necessidade de problematizar a questão da saúde da mulher negra está em demarcar um campo e oportunizar a discussão de uma saúde antirracista e antissexista.

As mulheres sempre foram alvo de controle e regulação de seus corpos, o que sempre esteve pautado nas relações desiguais de gênero e também nas questões biológicas. As mulheres negras tiveram essa relação agravada, levando em consideração a estruturação do racismo. (GOES; SANTOS, 2014)

Dito isto, depreende-se da análise dos discursos algumas questões. Primordialmente, é importante enfatizar que em todos os discursos, excetuando-se os da categoria “contato superficial”, ficou evidente como os processos educativos internos (na área de saúde

propriamente dita) e externos à área de saúde são importantes para despertar nos profissionais a atenção sobre a saúde da mulher negra.

Como diz Jurema Werneck, “Nossos passos vêm de longe” e os diversos movimentos de mulheres tem ecoado gritos na busca pelo bem viver como se pode observar na fala: “*algumas reportagens; questão de movimentos que se colocam como defensor*”. Apesar de ainda haver “*questionamentos sobre o porquê falar*”, o que corrobora com pesquisas realizadas anteriormente que apontam que há uma negligência no que tange à saúde da mulher negra.

O estudo de Oliveira e Kubiak (2019), que buscou analisar a produção científica brasileira sobre racismo institucional e saúde da mulher negra, evidenciou que há escassez na literatura, o que reforça a necessidade de abordar o tema nas pesquisas e nos serviços de saúde. Ainda, o estudo apontou que há uma negligência da saúde das mulheres negras em relação à saúde das mulheres brancas, o que demonstra a influência do racismo nos processos de saúde e doença. Outra pesquisa realizada por Góes e Nascimento (2013) também apontou que as desigualdades de gênero e raça geram disparidades que podem ser observadas no acesso aos serviços de saúde. As mulheres negras foram identificadas em maior percentual para o acesso ruim, enquanto as mulheres brancas estão bem posicionadas quando o acesso é bom.

Desta maneira, importa fortalecer e criar mecanismos educacionais para que profissionais de saúde possam conhecer as questões relativas à saúde da mulher negra. Para tanto as legislações que direcionam ações nesta área reforçam a necessidade de capacitação dos profissionais a partir da promoção da educação permanente.

Assim, a pesquisa também buscou compreender se os profissionais identificavam que existiam situações de saúde<sup>29</sup> que envolvessem a saúde mulher negra. Os dados encontrados apontaram que 50% dos entrevistados desconheciam a existência de questões de saúde relativas à mulher negra. Todos os entrevistados (os que conheciam e os que desconheciam) foram convidados a explicar sobre a questão de maneira livre e as respostas foram categorizadas no Quadro 5. Destaca-se que, para melhor análise, a categorização também levou em conta os discursos de cada entrevistado (conhecem/desconhecem situações de saúde que envolvam a mulher negra).

---

<sup>29</sup> Situação de saúde é compreendida como acontecimentos que de modo geral possam afetar a saúde podendo estar ligado a doenças ou a questões que envolvem os determinantes sociais do processo saúde-doença.

**Quadro 5** –Respostas dos profissionais da Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora da Vitória sobre conhecimento em relação a situações de saúde que envolvem a mulher negra. Ilhéus/Bahia, agosto-setembro 2021.

CATEGORIA		DISCURSOS
	Informaram conhecer situações de saúde que envolvam a mulher negra	Desconhecem situações de saúde que envolvem a mulher negra
Componente étnico-racial nas condições de saúde	<p>“Na mulher negra percebe-se mais a Hipertensão Arterial; as questões relacionadas a questão social que interferem na saúde” – <i>Orquídea</i></p> <p>“Anemia falciforme que é mais da população negra.” – <i>Rosa</i></p> <p>“HAS em pessoas negras. O captopril não funciona bem; ele não é usado em pessoas negras; ele não surte o efeito satisfatório.” – <i>Pescaria</i></p> <p>“Anemia falciforme, a predisposição para hipertensão, a violência doméstica tem índice alto na mulher negra, sífilis incidência maior em mulheres negras.” – <i>Orquídea 2x</i></p> <p>“propensão a HAS em pacientes negros” – <i>Sapato</i></p> <p>“existem algumas doenças; HAS é mais resistente na pessoa negra.” – <i>Melancia</i></p> <p>“HAS a população negra tem mais propensão.” – <i>Rosas</i></p> <p>“Anemia e a propensão a doenças” – <i>Morango</i></p> <p>“Mais com anemia. DM, HAS mais difícil de controlar, anemia falciforme, questões muito mais ligadas a transtornos psicológicos e violências; sofrem violências” – <i>Rosa</i></p>	<p>“Sei que a pessoa negra tem mais probabilidade de ter catarata, nunca ouvi falar de direcionar agenda de consulta para a pessoa negra como se tem para grupos específicos (adolescente, idoso, gestante) não.” – <i>Flor</i></p>
Negativa do componente étnico-racial nas condições de saúde		<p>“Pela cor não”- – <i>Amizade</i></p> <p>“Não” – <i>Maria</i></p>
Fatores sociais que influenciam a saúde		<p>“Fator COVID-19, no RJ o primeiro caso aconteceu com a empregada doméstica que a patroa viajou e contaminou; se ela tivesse as mesmas condições da patroa ela não havia morrido.” – <i>Saúde</i></p> <p>“No meu entendimento seriam programas específicos para que parte da população tenha o devido acesso” – <i>Cravo</i></p>

Narrativa com conotação racista		“Dizem que os negros são até mais fortes” – <i>Girassol</i>
---------------------------------	--	--

Fonte: Elaborada pela autora (2022).

Depreende-se da análise destes discursos acima categorizados algumas questões para debate. Ficou evidenciado que profissionais que informaram conhecer situações de saúde tiveram seus discursos voltados para as questões de doenças prevalentes na população negra e apenas um trouxe no discurso questões de saúde da mulher negra: “[...] *a violência doméstica tem índice alto na mulher negra, sífilis incidência maior em mulheres negras*”.

Os entrevistados que não conheciam condições de saúde que envolvem a mulher negra observaram questões de influência na saúde da população negra a partir de uma perspectiva social, mas alguns discursos negaram o componente étnico-racial nas condições de saúde. Observa-se uma dificuldade nos discursos de encontrar referência à “mulher negra”, mesmo quando a pergunta era direcionada sobre a questão de saúde da mulher negra. Os discursos sempre se direcionam à “pessoa negra”.

A coisificação dos negros e das mulheres negras em particular é um produto das condições históricas das Américas. A violência colonial imputada às mulheres negras e indígenas resultou numa miscigenação que está na origem das construções da nossa identidade nacional, o que reflete no mito da democracia racial. O que poderia ser considerado resquício da história permanece vivo no imaginário social, e o discurso clássico de opressão da mulher não dá conta dos efeitos na identidade feminina das mulheres negras (CARNEIRO, 2019).

Neste sentido, torna-se necessário e importante enfatizar “mulher negra” no campo de discussões na área de saúde. Evidenciar assim que a dupla/tripla discriminação a que estão sujeitas estas mulheres tem impacto significativo na sua saúde e necessitam ser observados para que de fato se possa promover saúde.

As iniquidades de saúde a que são expostas as mulheres negras causa prejuízo ao processo saúde-doença impactando nas condições de vida. Mesmo quando as mulheres negras são equiparadas às brancas no que tange aos níveis de instrução, ocupação ou renda, a situação é sempre desfavorável. Desigualdades raciais limitam o cuidado e determinam o acesso. Para as mulheres negras, a conjugação de racismo e sexismo negam direitos e acesso qualificado. (GOES; NASCIMENTO, 2013)

Outra importante referência nos discursos dos profissionais é em relação às doenças, evidenciando-se em sua maioria a doença falciforme e a hipertensão arterial. Diabetes Mellitus,

violência doméstica, sífilis, transtornos mentais, catarata também são doenças que aparecem nos discursos. Além destas, o Manual de Doenças mais importantes por razões étnicas na população brasileira afrodescendente aponta a deficiência de glicose-6-fostato desidrogenase e as síndromes hipertensivas na gravidez (BRASIL, 2001). A PNSIPN também aponta tais doenças.

É importante registrar que a violência doméstica, a sífilis, os transtornos psicológicos e a catarata não são apontadas como doenças prevalentes nas mulheres negras, porém é sabido que é grande a incidência neste público pelas questões sociais que estão imbricadas nestas doenças. Outras doenças encontradas indicam que miomas uterinos, câncer de colo de útero, mortalidade materna e a violência obstétrica acometem mulheres negras em maior grau.

O que se depreende do reconhecimento destas doenças é que os problemas de saúde que acometem as mulheres negras são evitáveis. Cabe evidenciar que não se trata de apenas evidenciar doenças, mas registrar que há necessidade de atenção diante destes problemas de saúde que significativamente podem acometer/adoecer significativamente as mulheres negras. Neste sentido, para promoção da saúde destas mulheres, é imprescindível atenção e compreensão do contexto nos quais estão inseridos.

As violências, por exemplo, relacionam-se em grande medida a diversos aspectos com os determinantes sociais do processo saúde-doença. Os dados do Atlas da Violência no Brasil, de 2018, demonstram que houve aumento da violência contra a mulher negra em 12,4% e a taxa entre as mulheres brancas diminuiu em 11,7%. Os dados da mesma fonte em 2020 demonstraram que, de forma geral, houve redução da taxa de homicídios de forma geral, porém demonstrou que o componente racial está presente: a taxa entre mulheres negras reduziu cerca de cinco pontos percentuais, e de mulheres não negras 12,3%<sup>30</sup>.

Neste sentido, o desafio dos profissionais para além de conhecer doenças que afetam diretamente as mulheres negras, há necessidade de compreender o seu papel diante da situação. Apesar disso, como exemplo a violência doméstica, um importante instrumento é a notificação compulsória. O devido preenchimento e a notificação são formas de salvar vidas de mulheres negras, visto que estas são as maiores acometidas por este tipo de violência.

Assim, é imperativo registrar que a negativa do componente étnico-racial nas condições de saúde, conforme observados em alguns discursos dos entrevistados, é fruto do racismo institucional e não ajuda a promover cuidado. Observa-se que estes discursos estão interligados com o desconhecimento de iniquidades de saúde que afetam as mulheres negras.

---

<sup>30</sup> Disponível em: <https://ufmg.br/comunicacao/noticias/no-brasil-cresce-a-violencia-registrada-contra-mulheres-negras-nos-ultimos-anos>.

Oliveira e Kubiak (2019) referiram que o racismo institucional tem influência desde a restrição de acesso até a relação entre os profissionais. Identifica-se uma ideologia nas redes de assistência à saúde de que “pessoas negras são resistentes a dor” ou “negro não adoecer”, e este é um fator que influencia no atendimento, uma vez que minimizam as queixas e nos procedimentos de parto e pré-natal para as mulheres minora o uso de medicamentos e anestésias.

Assim, a violação do acesso universal e equitativo são observados a partir de multifatores que funcionam de forma articulada como o racismo, sexismo, as condições socioeconômicas e culturais. A manutenção do estado de saúde ou o seu restabelecimento dependem de um bom acesso, apesar deste não ser o único fator responsável pela qualidade de vida e a vida saudável (GOES; NASCIMENTO, 2013).

Portanto, os desafios que são postos aos profissionais dizem respeito ao conhecer os determinantes sociais de saúde a partir de um olhar sensível para as questões de raça, gênero e condição social. Somente assim, a partir do conhecimento e instituindo ações de saúde orientadas e direcionadas, será possível quebrar o ciclo de racismo e sexismo, promovendo saúde e uma melhor qualidade de vida para as mulheres negras. Assim, Lopel e Malachias apud Tavares et al. (2018) dizem que a análise e os registros das iniquidades raciais em saúde devem ser feitas por pessoas sensíveis e aptas, que compreendam significados atribuídos a relações inter e intra-raciais, bem como também intergêneros e gerações.

Fraga e Sanino (2014) referem que temas como racismo e desigualdades étnicas devem ocupar lugar de debate e reflexão no âmbito do ensino em saúde. Assim, seria possível entender as diversidades e obter intervenções na saúde de minorias étnicas, promovendo atendimento com equidade. Acrescentam que o SUS reconhece que o alcance da equidade também pode ser promovido através da educação permanente, e que a capacitação profissional é primordial para o entendimento das vulnerabilidades e para melhoria de assistência a população negra.

#### **4.4 Processos educativos**

A educação em saúde, conforme consta na PNAB (BRASIL, 2017), é de responsabilidade de todos os profissionais. No âmbito da Atenção Básica, as estratégias de saúde da família são espaços importantes de desenvolvimento de ações educativas que podem promover e prevenir as doenças que afetam a saúde das mulheres negras. Assim, a pesquisa buscou verificar se as ações acontecem na unidade de saúde Nossa Senhora da Vitória, quais

seriam as ações desenvolvidas e como os profissionais estão desenvolvendo estas ações, de modo que possam gerar cuidado e atenção à saúde da mulher negra.

Deste modo, questionados sobre a realização de ações de educação em saúde na unidade verificou-se que 87,3% dos profissionais informaram realizar ações e 16,7% informaram não realizar. Questionados sobre quais seriam as ações as respostas foram evidenciadas no Quadro 6.

**Quadro 6** – Respostas dos profissionais da Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora da Vitória sobre a realização de ações em saúde na Unidade onde atuam. Ilhéus/Bahia, agosto-setembro 2021

CATEGORIA	DISCURSOS
<p><b>Informações com base no papel do profissional</b></p>	<p>“O ACS basicamente o trabalho é esse; orientação em relação a prevenção ao cuidado em saúde.” – <i>Uva</i></p> <p>“É um dos papeis principais dos ACS; fala de menino com pé no chão, higiene corporal, alimentação; medicação” – <i>Abacaxi</i></p> <p>“Grupos, entrevistas, questionários, palestras, dramatização, "coisas voltadas a educação"; mas eu não tô fazendo pois o PSF mudou muito de cara, não é só o ACS que precisa tá na rua. Todos precisam estar na rua, fazer trabalho educativo juntos. Não vai funcionar apenas o ACS tá na rua tem que ter o respaldo do médico, enfermeiro, todo mundo junto, não funciona mais o PSF; o envelope da família não faz mais sentido o q fazia antes.” – <i>Flor</i></p> <p>“Leva para a comunidade todos os dias informações sobre a unidade, todos os dias” – <i>Rosas</i></p>
<p><b>Influência da pandemia</b></p>	<p>“na pandemia trabalha na consulta; atendimento compartilhado; grupos; atividades extramuros numa escola;” – <i>Orquídea 2</i></p> <p>“Já realizei mas com a pandemia não <i>to</i> mais realizando nada. Palestras educativas, saúde bucal, etc” – <i>Televisão</i></p> <p>“Trabalho na comunidade com visita periódica e as informações de forma individual e coletiva porém ambos estão mais ou menos porquê da pandemia” – <i>Cravo</i></p>
<p><b>Informações com base na prática</b></p>	<p>“grupos, salas de espera, na comunidade, na própria consulta você faz orientação individualizada” – <i>Orquídea</i></p> <p>“atividades práticas em saúde bucal; orientação individual na área; sala de espera” – <i>Rosa</i></p> <p>“acolhimento; orientações de dúvidas; de cuidados com a saúde para cada particularidade que tem demanda” – <i>Sapato</i></p> <p>“atividades coletivas, rodas de conversas, sala de espera, em alguns setores como CRAS, escolas, espaços comunitários; orientação individual” – <i>Melancia</i></p> <p>“orientação a mulher a buscar ginecologista; preventivo, ao planejamento familiar” – <i>Morango</i></p>

	<p>“saúde bucal, futebol, saneamento; com grupos; durante as visitas; orientações independente da idade” – <i>Saúde</i></p> <p>“Nas consultas, durante as consultas, instruções, o que tiver oportunidade nas consultas falo” – <i>Rosa 2</i></p>
<b>Negativa de responsabilidade</b>	<p>“Escuta; não gosto de assumir responsabilidade de fazer/falar/expor” – <i>Amizade</i></p>

Fonte: Elaborada pela autora (2022).

Observa-se, pois, que as ações estão dentro do escopo do que é desenvolvido nas unidades de saúde. Importante também referenciar que alguns profissionais situam as ações dentro de seu papel enquanto profissional de saúde e isto é muito positivo, uma vez que é importante esta consciência das atribuições dentro da equipe de saúde. O profissional de saúde é um educador em potencial, sendo este reconhecimento essencial para o desenvolvimento das ações. Ele é visto como facilitador do processo de aprendizagem, visto que, ao reconhecer problemáticas que podem interferir na saúde, pode-se influenciar nos modos de vida a partir, por exemplo, de ações de educação em saúde. (ALVES, 2005; ALVES; AERTS, 2011)

Práticas educativas, quando desenvolvidas por equipes multiprofissionais, incluem maior diversidade de saberes, contribuindo para maior adesão dos usuários, e somando-se à descentralização do saber profissional, constituem estratégia para partilha de saberes (BARRETO et al., 2019). Neste sentido, as equipes entrevistadas contam com o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família<sup>31</sup> da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), que potencializa as ações da Unidade. Há referência dos relatos dos entrevistados sobre a contribuição que os residentes dão às atividades de educação em saúde, inclusive referenciou-se que houve uma ação voltada à questão da saúde da mulher negra na Unidade realizada pelos residentes.

Os relatos também apontaram que a pandemia do COVID-19 influenciou as ações, visto a questão do distanciamento social. Tal referência dos profissionais corrobora com a literatura, que evidencia que a pandemia trouxe muitos desafios para a educação em saúde. Ceccon e Schneider (2020), Tomaz (2020) e Menezes e Peixoto (2021) apontam que há diversos desafios postos à educação em saúde em tempos de pandemia, e refletem que é necessário utilizar de ações que possam promover saúde e que já fazem parte do escopo das ações educativas, como por exemplo o uso das redes sociais, folders, cartazes, redes de comunicação comunitária, entre

<sup>31</sup> O programa conta com profissionais da área de psicologia, enfermagem, nutrição, fisioterapia e odontologia. Os residentes atuam na unidade na perspectiva de um aprendizado teórico-prático potencializando as ações já desenvolvidas pelas equipes de saúde.

outros. É preciso reconhecer que há diversas possibilidades de educação em saúde a partir das práticas educativas.

Nesta lógica, ao descrever as práticas educativas, os profissionais indicaram que estas guardam relação com a prevenção a saúde, com informações repassadas aos usuários, e que estas refletem o “sair do ambiente clínico” com as questões de cotidiano social além de aumentar o conhecimento. Na referência às práticas que são desenvolvidas na atuação dos profissionais da unidade, os relatos evidenciaram uma gama de ações. Estas foram elencadas a partir de uma chuva de palavras.

**Figura 7** – Palavras utilizadas pelos entrevistados para elencar as atividades práticas educativas em saúde realizadas.



Fonte: Elaborada pela autora (2022).

As ações citadas pelos profissionais são diversas; chama-se atenção para a frequência com que a orientação individual aparece nos relatos. Evidencia-se a necessidade de reforçar junto às equipes que as ações de educação em saúde geram impactos positivos quando realizadas coletivamente, pois favorece a troca de ideias, gerando novos conhecimentos. Machado et al. (2007) apontam, neste sentido, que há necessidade de um processo educativo em saúde que envolva a comunidade por meio da participação que permita reflexão crítica da realidade e dos fatores determinantes para uma vida saudável. Alves (2005) registra que o

diálogo e o intercâmbio de saberes técnico-científico e populares oferece aos profissionais e aos usuários uma forma de construção compartilhada do saber sobre o processo saúde-doença.

Vale sublinhar que não se trata de situar as ações de educação em saúde somente no âmbito coletivo, mas sim registrar a potencialidade que compõem ações nesta direção. A despeito disso, Barreto et al. (2019) aludem que as ações de educação em saúde podem acontecer nos consultórios, a partir de atendimentos individuais, e de forma coletiva em rodas de conversas e grupos.

A dimensão individual das ações de educação em saúde é observada no próprio conceito de educação em saúde. Maciel (2009), conceituando, refere que as ações objetivam capacitar indivíduos e grupos. Figueiredo et al. (2010), descrevendo educação em saúde, observam que esta deve ser compreendida como proposta cuja finalidade é desenvolver em indivíduos e grupos a capacidade de análise crítica da realidade.

## **5 PRODUTO FINAL**

O produto final foi realizado em forma de um vídeo educativo. A confecção foi realizada por um técnico no Programa Doodly com duração de cinco minutos e quarenta e nove segundos. A produção foi realizada a partir de desenhos e imagens gráficas para dar dinamicidade no aprendizado e para que se repassem as informações de forma mais leve e a narração foi realizada pela mestranda. Intitulado “*Por Mais Saúde para as Mulheres Negras*” a proposta foi ofertar um material audiovisual educativo que buscasse auxiliar os profissionais de saúde no desenvolvimento de ações que promovam a integralidade do cuidado para saúde da mulher negra.

O vídeo inicia com uma pergunta norteadora: “por que falar da saúde da mulher negra?”. Tal questionamento é a primeira reflexão a partir da qual se desenvolvem outros pontos que auxiliam a compreensão da importância do cuidado a saúde da mulher negra.

O roteiro foi construído a partir de fragmentos textuais desta dissertação como forma de evidenciar a pesquisa e de que o produto estivesse atrelado ao texto dissertativo produzido.

Inicialmente após a pergunta norteadora são apresentadas matérias jornalísticas que evidenciam as desigualdades em saúde para as mulheres negras. Posteriormente aborda-se o princípio da equidade no SUS e a questão da influência dos determinantes sociais na saúde. Gênero e raça são apresentados como fatores de influência na determinação social do processo saúde-doença observando assim a questão da mulher negra.

Desenvolveu-se após, a PNSIPN como forma de fornecer conhecimento acerca da legislação no âmbito da saúde que versa sobre a saúde da população negra evidenciando a luta na implementação desta política pública. Em seguida apresentou-se as doenças que acometem as mulheres negras.

A última parte do vídeo são sugeridas ações que podem ser desenvolvidas para promoção a saúde das mulheres negras no sentido de propor caminhos que possam enriquecer as práticas educativas já desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

Apesar do vídeo educativo ser pensado para as equipes participantes da pesquisa, espera-se que este possa ser difundido às outras equipes de saúde do município. Espera-se que a gestão municipal possa, através dos processos de educação permanente, utilizá-lo para sensibilizar todos os profissionais de saúde para a saúde da mulher negra. No final é apresentada a iniciativa da produção do vídeo evidenciando ser um produto da pesquisa de conclusão do mestrado.

O vídeo está disponível no Youtube através do link: <https://youtu.be/AQwfgivY0eQ>

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, destaca-se que, ao relacionar as práticas educativas desenvolvidas pelos profissionais da Unidade de Saúde Nossa Senhora da Vitória e a saúde da mulher negra, confirmou-se a hipótese inicial deste estudo. Todos os entrevistados informaram que não realizam nenhuma ação específica para saúde da mulher negra. Ainda, houve relatos em relação a tal questionamento.

“Não vejo nenhuma especialidade se é negra ou branca ou alguma divisão; aqui é só mulher não tem negra nem branca não” – Sapato

“Mesmo aconselhamento dou a mulher branca e negra” – Rosa

O que se observa nos discursos é a operacionalização do racismo institucional que reflete diretamente na saúde das mulheres negras. Ademais, o cruzamento entre os dados da pesquisa nos possibilita compreender que, apesar de metade dos entrevistados indicarem reconhecer doenças que afetam à saúde da mulher negra, não há reflexos disto no desenvolvimento de ações educativas.

Constata-se que há necessidade de incluir a temática de saúde da mulher negra nas ações que os profissionais já desenvolvem na unidade. Neste sentido apresentamos algumas reflexões e recomendações para prática.

A educação em saúde, levando em consideração suas formas e maneiras de ser desenvolvida, deve ser utilizada enquanto estratégia para a melhoria do cuidado à saúde das mulheres negras. É importante enfatizar que tanto a educação voltada para o trabalho (educação permanente) quanto a educação voltada para a cidadania com a valorização da troca de conhecimentos e dos conhecimentos populares (educação popular em saúde) devem compor estas estratégias para um olhar à saúde da mulher.

A institucionalização de ações deve compor, para além da implementação de políticas já existentes, as ações a nível micro (municipal), como por exemplo a inclusão da temática da saúde da mulher negra no Plano Municipal de Saúde de Ilhéus. Assim, espera-se que este, sendo um instrumento orientador das ações de saúde, possa sensibilizar os gestores e os profissionais nesta direção. É importante também que se busque uma sensibilização de todos, negros e não negros para esta temática. O SUS é construído a muitas mãos e precisa-se que a equidade seja alcançada a partir da ação coletiva.

O estudo apresentou limitações que necessitam ser consideradas. A amostra definida apresentou algumas categorias profissionais que atuam na Unidade de Saúde, o que pode ter limitado a perspectiva do estudo. Outra questão é sobre o território pesquisado, o bairro Nossa Senhora da Vitória; não foi possível realizar um melhor delineamento do território para consubstanciar a pesquisa. Ademais, ressalta-se que a pandemia do COVID-19 influenciou no desenvolvimento da pesquisa e alterou prazos planejados para conclusão.

Ressalta-se que é de suma importância que se fomente pesquisa neste campo de estudo. Há uma escassez de estudos que relacionem os impactos da educação em saúde na saúde da mulher negra. Assim, é de fundamental importância a continuação de estudos que levem em consideração tais aspectos.

Destarte, a saúde das mulheres negras deve ser considerada em seus variados aspectos para construção de um SUS equânime e antirracista. Neste sentido, as ações de educação em saúde são favoráveis para que se possa fomentar caminhos nesta direção. Ao concluir, espera-se que esta pesquisa possa sensibilizar os atores (gestores, usuários e profissionais) da área de saúde à construção de uma saúde cujo princípio da equidade seja norteador.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019. 264 p. ISBN 978-85-98349-75-6.

ALMEIDA, S. Racismo Estrutural. In: RIBEIRO, D. (coord.) **Coleção Feminismos Plurais**. São Paulo: Editora Jandaíra, 2020. 264 p.

ALMEIDA, T. M. C.; PEREIRA, B. C. J. Violência doméstica e familiar contra mulheres pretas e pardas no Brasil: reflexões pela ótica dos estudos feministas latino-americanos. **Crítica e Sociedade: revista de cultura política**, v. 2, n. 2, Dossiê: Cultura e Política, p. 42-63. 2012.

ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). **Saúde em Debate**, v. 33, n. 83, set-dez 2009, p. 349-370.

ALMEIDA FILHO, N. Trabalhando com a diversidade metodológica: integração metodológica na pesquisa em saúde: nota crítica sobre a dicotomia quantitativo-qualitativo. In: GOLDENBERG, Paulete *et al.* (org.). **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 143-156. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/d5t55/pdf/goldenberg-9788575412510-10.pdf>. Acesso em: 20 maio 2021.

ALMEIDA FILHO. **O que é Saúde?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface**, v. 16, n. 9, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/YSHbGggsRTMQFjXLgDVRyKb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 mar. 2022.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, jan. 2011.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BARRETO, A. C. O.; REBOUÇAS, C. B. A.; AGUIAR, M. I. F.; BARBOSA, R. B.; ROCHA, S. R.; CORDEIRO, L. M.; MELO, K. M.; FREITAS, R. W. J. F. Percepção da equipe multiprofissional da Atenção Primária sobre educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 72, 2019.

BARROS, T. H. B. Por uma metodologia do discurso: noções e métodos para uma análise discursiva. In: **Uma trajetória da Arquivística a partir da Análise do Discurso: inflexões histórico-conceituais** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, p. 73-95. ISBN 978-85- 7983-661-9.

BOGDAN, R. S.; BIKEN, S. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. 12 ed. Porto: Porto, 2003.

BORDE, E. M. S. **Notas para uma reinterpretação crítica dos processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde.** 2014. 140 p. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública.) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, [S. l.], 2014. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/36184/2/ve\\_Elis\\_Mina\\_ENSP\\_2014#:~:text=No%20intuito%20de%20contribuir%20para,referida%2C%20t%C3%AAm%20contribu%C3%ADdo%20para%20a](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/36184/2/ve_Elis_Mina_ENSP_2014#:~:text=No%20intuito%20de%20contribuir%20para,referida%2C%20t%C3%AAm%20contribu%C3%ADdo%20para%20a). Acesso em: 4 jan. 2022.

BORNSTEIN, V. J.; TRAVASSOS, R. S.; LIMA, L. O.; BARILLI, E. C. A PNEP-SUS e os princípios da educação popular presentes na política. In: Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39420/2/Curso%20de%20Aperfei%C3%A7oamento%20em%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20Popular%20em%20Sa%C3%BAde%20-%20A%20Pnep-SUS%20e%20os%20princ%C3%ADpios%20da%20educa%C3%A7%C3%A3o%20popular.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080/90.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. D.O.U., 19 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8142/90.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. D. O. U., 28 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Doenças Mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira Afro-Descendente.** Brasília, 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 344/2017.** Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. D.O.U., 02 fevereiro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. **Portaria nº 687/06.** Brasília: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Brasília: 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 992.** Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. D.O.U., 13 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde. Brasília: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde. D.O.U., 19 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: 2017.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.77-93, 2007.

CARTA de Ottawa. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa: 1986. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf). Acesso em: 11 mar. 2022.

CARNEIRO, S. A miscigenação racial no Brasil. *Correio Braziliense*, 2000. In: CARNEIRO, S. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011.

CARNEIRO, S. Mulheres em movimento. **Estud. av.**, São Paulo, v. 17, n. 49, pág. 117-133, dezembro de 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142003000300008>.

CARNEIRO, S. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011.

CARNEIRO, S. Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. In: Hollanda, Heloísa Buarque (org). **Pensamento feminista - conceitos fundamentais**, Rio de Janeiro, Bazar do tempo, 2019.

CAVALCANTE, A.; RIBEIRO, P. S.; AGUIAR, M.; TOMÁS, S.; CAETANO, M.; VASCONCELOS, M.; OSAWA, I.; ALBUQUERQUE, I.; NAPOLEÃO, M.; MIRA, Q.; MUNIZ, L.; QUEIROZ, M.; OLIVEIRA, V. Círculos de cultura como ferramenta de construção de consenso: diálogos sobre avaliação de risco e vulnerabilidade. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 18, p. 124-131, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.21722/rbps.v18i4.16740>. Acesso em: 11 mar. 2022.

CECIM, R. B.; FERLA, A. A. **Educação Permanente em Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fiocruz. 2009.

CECCON, R. F.; SCHNEIDER, I. J. C. Tecnologias leves e educação em saúde no enfrentamento à pandemia da COVID-19. **SciELO Public Health**, 2020.

COLETIVO Feminista de Sexualidade e Saúde. **Episiotomia**: o corte no final de uma longa cadeia de intervenções equivocadas? 2020. Disponível em: <https://www.mulheres.org.br/episiotomia/>. Acesso em: 16 set. 2021.

CRENSHAW, K. W. Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. **Estudos Feministas**, ano 10, nº 1/2002, pp. 171-188. 2002.

DALMOLIN, A.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; COPPETTI, L. C.; ROSSATO, G. C.; GOMES, J. S.; SILVA, M. E. N. Vídeo educativo como recurso para educação em saúde a pessoas com colostomia e familiares. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/gCB5xxTX4wcSrGKfDBnDngQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2022.

DAVIS, A. Y. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.

FIGUEIREDO, M.F.S.; RODRIGUES-NETO, J.F.; LEITE, M.T.S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 1, p. 117-21, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a19.pdf>>. Acesso em: 6 jan. 2022. DOI: 10.1590/S0034-71672010000100019.

FRAGA, F. A.; SANINO, G. E. C. Saúde da Mulher Negra Passos e Descompassos: Ações Afirmativas Na Saúde, Provável Luz No Fim Do Túnel?. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, v. 7, n. 15, p. 192-211, fev. 2015. Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/index.php/site/article/view/121>. Acesso em: 12 mar. 2022.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 571-579, 2013.

GOES, E. F.; SANTOS, E. M. Racismo, Gênero e Saúde No Brasil. In: **18º REDOR**. Pernambuco, 2014. Disponível em: <http://www.ufpb.br/evento/index.php/18redor/18redor/paper/viewFile/1944/791>. Acesso em: 02 jan. 2022.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. Esboço de uma interpretação histórico/metodológica. 35 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

LAGUARDIA, J. Raça e epidemiologia: as estratégias para construção de diferenças biológicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, n. 12, p. 253-261. 2007.

LAURELL, A. C. **A Saúde-Doença como Processo Social**. Rio de Janeiro, 1982.

LEAL, M. C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, 2017.

LEMOS, R. O. A Face Negra do Feminismo: problemas e perspectivas. In: WERNECK, J.; MENDONÇA, M.; WHITE, E. C. (Org.) **O Livro da Saúde das Mulheres Negra: nossos passos vêm de longe**. Rio de Janeiro: Criola, 2000.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 2, n. 12, abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DtJwSdGWKC5347L4RxMjFqg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 mar. 2022.

MACIEL, M. E. D. Educação em Saúde: Conceitos e Propósitos. **Cogitare Enfermagem**. V. 14, n. 4, p. 773-776, out.-dez. 2009. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/16399/10878>>. Acesso em: 02 mar. 2021.

MENEZES, T. N.; PEIXOTO, M. V. S. Educação em Saúde na Atenção Primária em Tempos de COVID-19: Uma Experiência no Agosto Dourado. **Saúde e Ambiente**, v. 8, n. 3, 2021. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/saude/article/view/10030/4656>. Acesso em: 14 mar. 2022.

MONTEIRO, E. M. L. M.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde a partir de círculos em cultura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 3, n. 63, p. 397-403, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/dqqbpFdL5c7pV3W5WxKXJFt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2022.

MUNANGA, K. **Rediscutindo a Mestiçagem no Brasil: Identidade nacional Versus Identidade Negra**. Petrópolis: Ed.Vozes, 1999.

MUNANGA, K. In: **Relações Étnico-Raciais**. Realização de Canal Amílcar Ifé. [S.I], 2013. (49 min.), son., color. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=7FxJOLf6HCA&t=1940s>. Acesso em: 23 maio 2020.

NESPOLI, G. Da educação sanitária à educação popular em saúde. In: BORNSTEIN, V. J. et al. **Curso de aperfeiçoamento em educação popular em saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. p.47-51.

OLIVEIRA, B. M. C.; KUBIAK, F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde Debate**, v. 43, n. 122, p. 939-948, jul.-set. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VL3mkyvXRQbKMZKqVbb5mdd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 mar. 2022.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde – documento de discussão**. Rio de Janeiro: OMS; 2011.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão crítica**. 2007. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PAIM, J. S. **O que é o sus?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. 144 p.

PESQUISA Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: Notas Técnicas: versão 1.6. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. 113 p. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/17270-pnad-continua.html?=&t=notas-tecnicas>. Acesso em: out. 2019.

PESSÔA, L. R.; SALGADO, M. B. B. Educação, saúde e audiovisual: relações possíveis e desejáveis. **Tempus – Actas De Saúde Coletiva**, v. 2, n. 6, p. 79-84, 2012. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1115/1028>. Acesso em: 14 mar. 2022.

PORTAL DSSBR. Fundação Oswaldo Cruz. **O que é DSS**. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/dss-o-que-e/>. Acesso em jan. 2022.

RIBEIRO, D. **Pequeno manual antirracista**. 1 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

RIBEIRO, M. Mulheres negras: uma trajetória de criatividade, determinação e organização. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 987-1004, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2008000300017>.

RODRIGUES, L. Estudo revela tamanho da desigualdade de gênero no mercado de trabalho. **Agência Brasil**, 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2021-03/estudo-revela-tamanho-da-desigualdade-de-genero-no-mercado-de-trabalho>. Acesso em: 14 mar. 2022.

SALCI, M. A. et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto contexto - enferm.** v. 22, n. 1, p. 224-230, 2013.

SANTOS, S. B. As ONGs de mulheres negras no Brasil. **Sociedade e Cultura**, Goiânia, v. 12, n. 2, p. 275-288, 2009. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fchf/article/view/9102/6274>. Acesso em: 21 jul. 2021.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v. 15, n. 2, p. 5-22, 1990.

SENKEVICS, A. O conceito de gênero por Raewyn Connell: o corpo no foco das relações sociais. **Portal Geledés**, 2013. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/o-conceito-de-genero-por-raewyn-connell-o-corpo-no-foco-das-relacoes-sociais/>. Acesso em: 23 maio 2021.

SENKEVICS, A. A cor e a raça nos censos demográficos nacionais. **Portal Geledés**, 2015. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/cor-e-raca-nos-censos-demograficos-nacionais/>. Acesso em: 11 mar. 2022.

SILVA, A.; LOPES, F.; XAVIER, L. **GT 17 – Iniquidades em saúde: análise de trajetórias de vida, formas sistemáticas de adoecimento e intervenções sobre os seus determinantes**. 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. João Pessoa: set. 2019.

TOMAZ, J. B. C. Educação na saúde em tempos de pandemia: desafios e oportunidades. **Cadernos ESP – Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará**, v. 14, n. 2, 2020.

TRAVASSOS, R. S. O círculo de cultura e o planejamento participativo na educação popular em saúde. In: BORNSTEIN, V. et al. [Org.]. **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. Disponível em: [https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/cad\\_texto\\_edpopsus.pdf](https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/cad_texto_edpopsus.pdf). Acesso em: 14 mar. 2022.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VIANNA, L. A. C. **Determinantes Sociais de Saúde:** processo saúde doença. 2012. Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/pab/7/unidades\\_conteudos/unidade05/unidade05.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf). Acesso em: 16 set. 2021.

WERNECK, J. Nossos passos vêm de longe! Movimentos de mulheres negras e estratégias políticas contra o sexismo e o racismo In: VERSCHUUR, C. **Vents d'Est, vents d'Ouest: Mouvements de femmes et féminismes anticoloniaux.** Genève: Graduate Institute Publications, 2009. DOI: 10.4000/books.iheid.6316.

WERNECK, J. **Racismo Institucional:** uma abordagem conceitual. Projeto Mais Direitos e Mais Poder para as Mulheres Brasileiras (Mimeo), 2013.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc**, São Paulo, n.3, v. 25, p. 535-549, 2016. DOI 10.1590/S0104-129020162610. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 jul. 2021.

XAVIER, L. In: Negros têm maior incidência de problemas de saúde evitáveis no Brasil, alerta ONU. **Canal Saúde – FIOCRUZ.** 01 fev. 2018. Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/noticias/noticiaAberta/negros-tem-maior-incidencia-de-problemas-de-saude-evitaveis-no-brasil-alerta-onu-2018-02-01>. Acesso em: 16 set. 2021.

## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO PESQUISADO

NOME: \_\_\_\_\_

CARGO OCUPADO NA UNIDADE DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ HÁ QUANTO TEMPO TRABALHA NESTA UNIDADE? \_\_\_\_\_

BAIRRO DE MORADIA: \_\_\_\_\_

RAÇA/COR: (Marcar X)

Branca  Preta  Amarela  Parda  Indígena - Etnia: \_\_\_\_\_

SEXO: (Marcar X)

Masculino  Feminino

### 2. RACISMO E SAÚDE

VOCÊ ACHA QUE EXISTE RACISMO NA SOCIEDADE?  Sim  Não

VOCÊ ACHA QUE EXISTE RACISMO NA SAÚDE?  Sim  Não

SE SIM, POR FAVOR ME DÊ UM EXEMPLO DE RACISMO NA SAÚDE: \_\_\_\_\_

---

---

---

### 3. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

VOCÊ CONHECE A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA?  Sim  Não

SE SIM, QUAL CONTATO (LEU, OUVIU FALAR..) VOCÊ TEVE COM ESTA POLÍTICA?

---

---

---

VOCÊ JÁ OUVIU FALAR EM SAÚDE DA MULHER NEGRA?  Sim  Não

SE SIM, QUAL CONTATO VOCÊ TEVE COM ESTA TÊMÁTICA? \_\_\_\_\_

---

---

VOCÊ CONHECE A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER?  Sim  Não

VOCÊ SABE INFORMAR SE HÁ ALGUMA INFORMAÇÃO SOBRE A SAÚDE DA MULHER NEGRA NESTA POLÍTICA?  Sim  Não

SABE INFORMAR SE HÁ ALGUMA SITUAÇÃO DE SAÚDE QUE ENVOLVA A SAÚDE DA MULHER NEGRA?  Sim  Não

PODERIA FALAR SOBRE ISSO? \_\_\_\_\_

---

---

VOCÊ CONHECE A PORTARIA 344 QUE FALA SOBRE A INCLUSÃO DO QUESITO RAÇA/COR NOS FORMULÁRIOS DA ÁREA DE SAÚDE?  Sim  Não

JÁ OBSERVOU A EXISTENCIA DO CAMPO RAÇA/COR NOS FORMULÁRIOS PREENCHIDOS EM SEU PROCESSO DE TRABALHO?  Sim  Não

HÁ DIFICULDADES NO PREENCHIMENTO DO CAMPO RAÇA/COR NOS FORMULÁRIOS?  Sim  Não

SE SIM, QUAIS DIFICULDADES VOCÊ ENCONTRA NO PREENCHIMENTO?

---

---

---

#### 4. PRÁTICAS EDUCATIVAS NA SAÚDE

VOCÊ REALIZA AÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE?  Sim  Não

SE SIM, QUAIS? \_\_\_\_\_

---

---

COMO VOCÊ DESCREVE AS PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ÁREA DA SAÚDE?

---

---

---

QUAIS PRÁTICAS EDUCATIVAS SÃO DESENVOLVIDAS NA ÁREA DA SAÚDE?

---

---

---

---

QUAIS PRÁTICAS VOCÊ DESENVOLVE NA SUA ATUAÇÃO PROFISSIONAL?

---

---

---

EM RELAÇÃO A SAÚDE DA MULHER HÁ ALGUMA PRÁTICA EDUCATIVA DESENVOLVIDA?  Sim  Não

SE SIM QUAIS? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EM RELAÇÃO A SAÚDE DA MULHER DA MULHER NEGRA HÁ ALGUMA PRÁTICA EDUCATIVA DESENVOLVIDA?  Sim  Não

SE SIM QUAIS? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(ENTREVISTA PRESENCIAL)**

Prezado (a) Senhor (a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa: “A RELAÇÃO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS E A SAÚDE DA MULHER NEGRA NO MUNICÍPIO DE ILHÉUS/BA”, realizada na sua unidade de saúde via entrevista presencial. O objetivo desta pesquisa é avaliar em que medida os processos de educação em saúde envolvem a questão da saúde da população negra com destaque para saúde da mulher negra.

Os temas abordados na entrevista serão saúde da população negra, saúde da mulher negra e práticas educativas na área da saúde.

A sua participação é muito importante e ela se daria na forma de entrevista.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Compreende-se que a pesquisa possa gerar danos, ao mínimo que for ao participante, a pesquisadora se compromete a posteriormente, se necessário, prestar assistência ao pesquisado em forma de escuta e encaminhamento.

Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados são contribuir para produção do conhecimento na área da educação em saúde com recorte de gênero e raça bem como sensibilizar aos profissionais sobre a saúde da população negra com recorte a saúde da mulher negra.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode contactar: Mirian Lima ([limas.mirian@gmail.com](mailto:limas.mirian@gmail.com)) 71 992009797

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_

Ilhéus, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(ENTREVISTA VIA *GOOGLE MEET*)**

Prezado (a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa: “A RELAÇÃO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS E A SAÚDE DA MULHER NEGRA NO MUNICÍPIO DE ILHÉUS/BA”, realizada via link do Google Meet pela impossibilidade de realização presencial. O objetivo desta pesquisa é avaliar em que medida os processos de educação em saúde envolvem a questão da saúde da população negra com destaque para saúde da mulher negra.

Os temas abordados na entrevista serão saúde da população negra, saúde da mulher negra e práticas educativas na área da saúde.

A sua participação é muito importante e ela se daria na forma de entrevista online.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Compreende-se que a pesquisa possa gerar danos, ao mínimo que for ao participante, a pesquisadora se compromete a posteriormente, se necessário, prestar assistência ao pesquisado em forma de escuta e encaminhamento.

Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados são contribuir para produção do conhecimento na área da educação em saúde com recorte de gênero e raça bem como sensibilizar aos profissionais sobre a saúde da população negra com recorte a saúde da mulher negra.

Na impossibilidade de assinatura deste termo de forma gostaria de propor que me enviasse uma mensagem via aplicativo de mensagem concordando com os termos da pesquisa e informando que compreendeu as informações contidas neste Termo. Se você tiver e-mail pode me enviar que disponibilizarei no seu e-mail este termo.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode contactar: Mirian Lima ([limas.mirian@gmail.com](mailto:limas.mirian@gmail.com)) 71 992009797

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_

Ilhéus, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
SUL DA BAHIA - UFSB



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A RELAÇÃO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS E A SAÚDE DA MULHER NEGRA NO MUNICÍPIO DE ILHÉUS/BA

**Pesquisador:** MIRIAN SANTOS LIMA

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 47497021.1.0000.8467

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.905.596

#### Apresentação do Projeto:

Compreendendo a prática de educação em saúde como elemento fundamental do processo de trabalho dos profissionais de saúde na atenção básica é fundamental perceber como esta sendo desenvolvida com vias a promover saúde para população negra, sobretudo nos espaços preventivos. Assim, o projeto objetiva avaliar em que medida os processos de educação em saúde envolvem a questão da saúde da população negra com destaque para a saúde da mulher negra. A metodologia deste projeto inclui realizar um estudo bibliográfico que possa oportunizar reflexão para os próximos passos da pesquisa. A pesquisa será realizada nas Estratégias de Saúde da Família que se localizam no centro-sul de Ilhéus, tendo como sujeitos da pesquisa os enfermeiros, médicos e agentes comunitários de saúde que atuam nestes serviços. Para execução da pesquisa será realizado um trabalho de campo. A pesquisa utilizará de instrumentos e técnicas que favorecerão a investigação e proporcionarão uma melhor apreensão do objeto de estudo. Sendo assim, foi selecionada a entrevista como técnica. Por fim, as análises dos dados obtidos. Após o processo de pesquisa e a partir dos achados a proposta é a criação de um material educativo em vídeo que aborde pontos importantes para os trabalhadores em saúde sobre a saúde da população negra. O objetivo é que este material possa ser utilizado nos processos de educação em saúde, bem como possa ser o despertar para que os trabalhadores busquem outros materiais sobre o tema. Espero que esta pesquisa possa ser um disparador que desperte nos trabalhadores a sensibilidade de compreender a especificidade da saúde da população negra. Além disso que

**Endereço:** Avenida Getúlio Vargas, nº 1732 A

**Bairro:** Bairro Monte Castelo

**CEP:** 45.996-108

**UF:** BA

**Município:** TEIXEIRA DE FREITAS

**Telefone:** (73)3291-2089

**E-mail:** cep@ufsb.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
SUL DA BAHIA - UFSB



Continuação do Parecer: 4.905.596

sensibilize os atores (gestor municipal, conselheiros de saúde e profissionais) para implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no município. Ademais espero que a pesquisa e seu produto possa contribuir com a produção de conhecimento na área.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objeto Geral**

Avaliar em que medida os processos de educação em saúde envolvem a questão da saúde da população negra com destaque para a saúde da mulher negra.

**Objetivos específicos**

Compreender a percepção dos profissionais quanto a Política Nacional de Saúde da População Negra;

Sensibilizar as equipes quanto a necessidade de um olhar para a saúde da população negra;

Estimular a importância do preenchimento do quesito raça/cor nos formulários utilizados pelas equipes de saúde;

Estimular a promoção de ações voltadas a saúde da mulher negra;

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos**

Durante a entrevista os entrevistados podem se sentir desconfortáveis ou cansados para responder às perguntas pois podem entender que haverá julgamento de sua prática profissional. Ademais, os pesquisados podem referenciar o tempo para as respostas visto que a proposta é realizar as entrevistas no ambiente de trabalho. Outro risco diz respeito ao medo dos entrevistados quanto aos dados coletados.

Inicialmente a proposta é buscar um lugar reservado para que o entrevistado se sinta a vontade para responder as questões propostas. Enquanto estratégia para minimizar os riscos é já inicialmente na entrevista esclarecer os objetivos e os fins da pesquisa realizando a leitura do TCLE evidenciando a importância da pesquisa para a saúde da população e para que possa auxiliar caminhos de uma prática profissional mais equânime. Em relação ao roteiro da entrevista posso esclarecer que caso a pergunta o deixe desconfortável o/a pesquisado/a pode deixar de responder ou responder quando se sentir mais confortável para tal no tempo da entrevista. No que tange o tempo a proposta é realizar a entrevista em momento que seja mais oportuno e viável para o/a

**Endereço:** Avenida Getúlio Vargas, nº 1732 A

**Bairro:** Bairro Monte Castelo

**CEP:** 45.996-108

**UF:** BA

**Município:** TEIXEIRA DE FREITAS

**Telefone:** (73)3291-2089

**E-mail:** cep@ufsb.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
SUL DA BAHIA - UFSB



Continuação do Parecer: 4.905.596

pesquisado/a e anteriormente já pactuar com a Coordenação da Atenção Básica, onde os profissionais estão lotados, para que não haja nenhum problema quanto a necessidade de utilizar um tempo do trabalho para responder a entrevista.

#### Benefícios

Espero que esta pesquisa possa ser um disparador que desperte nos trabalhadores a sensibilidade de compreender a especificidade da saúde da população negra. Além disso, contribuir para a produção do conhecimento na área da educação em saúde com recorte de gênero e raça. Ademais, ambiciono que a pesquisa possa sensibilizar o gestor municipal da saúde de Ilhéus para implantar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, até o momento não implantada no município.

Ainda, a proposta é despertar o olhar para a saúde da mulher, cuja política já esta implantada no município, porém, na abordagem, destacar o capítulo que toca na saúde da mulher negra. Além disso, buscamos colaborar para que a gestão possa, em seu âmbito de atuação, firmar o compromisso com a melhoria das condições de saúde desde segmento populacional. Por fim, espero que possa contribuir com a transformação e a qualificação das práticas de educação em saúde.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A perspectiva metodológica do trabalho enquadra-se numa pesquisa descritiva pois intenciona descrever fenômenos buscando apresentar correlações. Inicialmente haverá um estudo bibliográfico que possa oportunizar reflexão para os próximos passos da pesquisa. A pesquisa enquadra-se na proposta de descrever e relacionar os fenômenos e sua abordagem e majoritariamente qualitativa, porém também haverá levantamento quantitativo, combinando as duas abordagens. O campo de pesquisa serão três Estratégias de Saúde da Família (ESF NSV I, ESF NSV II e ESF NSV III) que estão no mesmo espaço físico e se localizam no bairro Nossa Senhora da Vitória, tendo como sujeitos da pesquisa os enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e agentes comunitários de saúde que atuam nestes serviços. O número de participantes está ligado aos registros do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) onde consta no registro de profissionais 3 profissionais enfermeiro; 3 profissionais médico; 14 profissionais agente comunitário de saúde e 6 profissionais técnico de enfermagem. Isto soma 26 profissionais que são alvos da pesquisa e deste modo compõe a amostra. Todos os profissionais que estão nas categorias profissionais que foram incluídos na pesquisa serão convidados a participar da

**Endereço:** Avenida Getúlio Vargas, nº 1732 A

**Bairro:** Bairro Monte Castelo

**CEP:** 45.996-108

**UF:** BA

**Município:** TEIXEIRA DE FREITAS

**Telefone:** (73)3291-2089

**E-mail:** cep@ufsb.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
SUL DA BAHIA - UFSB



Continuação do Parecer: 4.905.596

pesquisa. A técnica de coleta de dados utilizada será a entrevista a partir de um roteiro previamente estabelecido a ser realizada individualmente com os profissionais da unidade de saúde. Eventualmente por conta da pandemia se o profissional afastado a proposta é realizar a entrevista realizar a entrevista via Google Meet. Uma vez que a entrevista seja realizada via Google Meet haverá prévio contato com o pesquisado para que se possa pactuar um dia/horário e posteriormente enviado via aplicativo de mensagem o link da sala virtual. O processo de análise de dados contará com a organização das informações coletadas, estudo aprofundado do material e realização das inferências a partir da relação com a teoria estudada. A análise qualitativa da pesquisa será realizada com base na técnica de análise de conteúdo. A proposta é sistematizar as falas, categorizar os resultados e definir categorias que darão sentido as análises. É preciso destacar que as categorias tomarão forma no decorrer do processo de análise. Os dados quantitativos serão analisados por estatística simples com o apoio do Software Microsoft Excel 2021. Por fim, destaca-se que será elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para informar e explicar aos sujeitos pesquisados sobre as finalidades da pesquisa e as responsabilidades assumidas pelo pesquisador. O TCLE não será anteriormente enviado aos pesquisados e sim, será lido no momento inicial da pesquisa e assinado pelo participante.

**Critério de Inclusão:**

Profissionais de saúde enfermeiras, técnicos de enfermagem, médicos e agentes comunitário de saúde que atuam nas Estratégias de Saúde da Família Nossa Senhora da Vitória I, II e III.

**Critério de Exclusão:**

Serão excluídos os profissionais que por algum motivo estiverem afastados das atividades e que não puderem realizar a pesquisa remotamente via Google Meet. Ainda, serão excluídos os profissionais que estejam em desvio de função.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de Rosto- OK, assinada sem carimbo.

Termo de Anuência- OK, assinado pelo secretário de SAÚDE do município. Devido à pandemia não consta o carimbo.

Currículos dos pesquisadores- OK

Orçamento- OK

**Endereço:** Avenida Getúlio Vargas, nº 1732 A

**Bairro:** Bairro Monte Castelo

**CEP:** 45.996-108

**UF:** BA

**Município:** TEIXEIRA DE FREITAS

**Telefone:** (73)3291-2089

**E-mail:** cep@ufsb.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
SUL DA BAHIA - UFSB



Continuação do Parecer: 4.905.596

Termo de Assentimento - Não se aplica

TCLE- OK

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A pendência relacionada ao esclarecimento da forma com que os participantes serão contatados para participarem da pesquisa foi sanada.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Neste momento de pandemia, as dúvidas deverão ser sanadas diretamente com o CEP/UFSB apenas pelo email institucional (cep@ufsb.edu.br).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1751339.pdf	26/07/2021 08:27:38		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_mestrado_final.docx	26/07/2021 08:27:21	MIRIAN SANTOS LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_LIVRE_ESCLARECIDO_EntrevistaPresencial.docx	27/06/2021 16:51:59	MIRIAN SANTOS LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_LIVRE_ESCLARECIDO_EntrevistaGoogleMeet.docx	27/06/2021 16:51:43	MIRIAN SANTOS LIMA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	27/06/2021 16:51:28	MIRIAN SANTOS LIMA	Aceito
Outros	CURRICULO_CELIA_ORIENTADORA.pdf	27/05/2021 10:52:05	MIRIAN SANTOS LIMA	Aceito
Orçamento	PLANILHA_DE_ORCAMENTO.pdf	27/05/2021 10:51:05	MIRIAN SANTOS LIMA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_Mirian_ASSINADA.pdf	27/05/2021 10:43:53	MIRIAN SANTOS LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Anuencia.pdf	09/05/2021 23:26:52	MIRIAN SANTOS LIMA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Avenida Getúlio Vargas, nº 1732 A

**Bairro:** Bairro Monte Castelo

**CEP:** 45.996-108

**UF:** BA

**Município:** TEIXEIRA DE FREITAS

**Telefone:** (73)3291-2089

**E-mail:** cep@ufsb.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
SUL DA BAHIA - UFSB



Continuação do Parecer: 4.905.596

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

TEIXEIRA DE FREITAS, 13 de Agosto de 2021

---

**Assinado por:**

**RAFAEL ALEXANDRE GOMES DOS PRAZERES**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Avenida Getúlio Vargas, nº 1732 A

**Bairro:** Bairro Monte Castelo

**CEP:** 45.996-108

**UF:** BA

**Município:** TEIXEIRA DE FREITAS

**Telefone:** (73)3291-2089

**E-mail:** cep@ufsb.edu.br