

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS**  
**NÚCLEO DE PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA MESTRADO EM SAÚDE**  
**COLETIVA**

**TAÍS COSTA BENTO**

**CONCEPÇÕES DE MULHERES NEGRAS SOBRE AUTOCUIDADO EM**  
**SAÚDE REPRODUTIVA**

**SANTOS**

**2019**

**TAÍS COSTA BENTO**

**CONCEPÇÕES DE MULHERES NEGRAS SOBRE AUTOCUIDADO EM  
SAÚDE REPRODUTIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva, Área de Concentração Saúde, Ambiente e Mudanças Sociais da Universidade Católica de Santos como requisito obrigatório para obtenção título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Silvia Regina Viodres Inoue

**SANTOS**

**2019**

B478c      Bento, Taís Costa.  
              Concepções de mulheres negras sobre autocuidado em saúde reprodutiva. /  
              Taís Costa Bento; orientadora Sílvia Regina Viodres Inoue. - 2019.  
              112 f.; 30 cm

              Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de Santos, Programa de  
              Pós-Graduação *stricto sensu* em Saúde Coletiva.

Bibliografia:

              1. Autocuidado. 2. Raça. 3. Mulher negra. 4. Saúde reprodutiva. I. Inoue,  
              Sílvia Regina Viodres. II. Universidade Católica de Santos. III. Título.

CDU 1997 - 614(043.3)

---

Maria Rita C. Rebello Nastasi - CRB 8/2240

**TAÍS COSTA BENTO**

**CONCEPÇÕES DE MULHERES NEGRAS SOBRE AUTOCUIDADO EM  
SAÚDE REPRODUTIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de  
Mestrado em Saúde Coletiva da  
Universidade Católica de Santos, como  
requisito para obtenção do título de Mestre  
em Saúde Coletiva.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Sílvia Regina Viodres Inoue Universidade Católica de Santos

---

Profa. Dra. Maria Izabel Calil Stamato- Universidade Católica de Santos

---

Profa. Dra. Carolina Luisa Alves Barbieri- Universidade Católica de Santos

**DATA DA APROVAÇÃO** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**SANTOS**

**2019**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha família, principalmente meus pais, por estarem ao meu lado em todos os momentos de emoção, ansiedade e insegurança quanto a minha capacidade de concluir essa longa jornada. Por compreenderem minha ausência em festas, minha reclusão em viagens e tudo para conseguir realizar a dissertação.

Agradeço também à minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dra<sup>a</sup> Silvia Viodres, por toda sua calma e paciência com minhas crises de ansiedade, além de me acolher como uma filha e cuidar em todos os momentos necessários. Agradeço à minha colega Thais Laudares, por ser a irmã mais velha de nossa família acadêmica acolhedora e que funcionou como rede de apoio.

Agradeço a todos os amigos que foram companhias, mesmo que distantes, durante o processo, compreenderam os pedidos de ajuda tarde da noite e me distraíram com conversas quando precisava. Larissa, Tammy, Debby e Renata, vocês são maravilhosas.

Agradeço ao Coordenador e equipe, em especial às Agentes Comunitárias de Saúde da UBS utilizada na pesquisa, por me auxiliarem e abrirem as portas para mim nesses dois anos.

Agradeço também aos membros da banca, que me auxiliaram na lapidação dessa pesquisa, à Instituição da Unisantos e à CAPES por me concederem essa possibilidade, pois não teria condições financeiras de arcar com o estudo sem o auxílio da Bolsa. No momento atual no qual nos encontramos, é de extrema importância ressaltar esse fato.

## RESUMO

As mulheres negras de baixa renda têm sua saúde afetada por diversos determinantes sociais de saúde, como raça, gênero e classe, que acabam por inferir negativamente em seus processos de acesso, utilização de saúde e até mesmo em como adoecer. As morbidades que atingem as mulheres negras se dividem entre geneticamente determinadas, adquiridas e de evolução agravada por tratamento dificultado, em qualquer um desses casos o conhecimento acerca da saúde e o autocuidado como prática, podem prevenir e tratar o adoecimento. Essa concepção de Saúde da Mulher requer uma abordagem integral do cuidado para além da Saúde Reprodutiva e seus aspectos abordados desde as primeiras políticas de saúde com recorte de gênero. Entretanto, se fizermos o recorte de raça em conjunto ao gênero, se faz necessário abordar questões de Saúde Reprodutiva devido ao atraso em abordar tal cuidado em mulheres negras. Dessa forma, a presente pesquisa teve como objetivo compreender a percepção de autocuidado em saúde reprodutiva entre mulheres negras em vulnerabilidade socioeconômica de um bairro da Zona Noroeste/Santos. Tratou-se de uma pesquisa de caráter qualitativo com realização de entrevistas semiestruturadas com 19 mulheres autodeclaradas negras (pretas e pardas) acima dos 18 anos de idade. Utilizou-se o critério de saturação de dados para delimitar o número de participantes, e os resultados coletados foram analisados a partir do método de análise de conteúdo sistematizado por Bardin. Os resultados revelaram concepções acerca da saúde e autocuidado que envolvem três aspectos (individual, social e programático) e colocam o saber médico como principal, muitas vezes invisibilizando suas próprias atitudes e práticas de autocuidado e manutenção da saúde; encontrou-se também dificuldade na percepção da raça como capaz de influenciar na saúde e no adoecer, e o entendimento de Saúde Reprodutiva como “reprodução” ou ligada à gestação. Concluiu-se que as mulheres delegam grande importância à saúde e ao autocuidado, apesar de não reconhecerem suas próprias ações de manutenção ao autocuidado, sendo que reconhecem em maior parte a atuação do profissional de medicina como detentor do autocuidado.

**Palavras-chave:** Autocuidado. Raça. Mulher Negra. Saúde Reprodutiva.

## **ABSTRACT**

Low-income black women have their health affected by several social determinants of health, such as race, gender, and class, which negatively influence their access processes, health utilization, and even getting sick. The morbidities that afflict black women are genetically determined, acquired, and aggravated by difficult treatment, in either case knowledge about health and self-care as a practice can prevent and treat illness. This concept of Women's Health requires an integral approach to care beyond Reproductive Health and its aspects addressed from the first health policies with gender cut. However, if we cut race together with gender, it is necessary to address issues of Reproductive Health because of the delay in addressing such care in black women. Thus, the present research aimed to understand the perception of self-care in reproductive health among black women in socioeconomic vulnerability of a neighborhood of the Northwest Zone/Santos. It was a qualitative research with semi-structured interviews with 19 self-declared black women (black and brown) over 18 years of age. The data saturation criterion was used to delimit the number of participants, and the results collected were analyzed using the Bardin systematized content analysis method. The results revealed conceptions about health and self-care that involve three aspects (individual, social and programmatic) and place medical knowledge as the main, often invisibilizing their own attitudes and practices of self-care and health maintenance; there was also difficulty in the perception of race as capable of influencing health and illness, and the understanding of Reproductive Health as "reproduction" or linked to gestation. It was concluded that women give great importance to health and self-care,

although they do not recognize their own maintenance actions to self-care, and mostly recognize the role of the medical professional as a self-care holder.

**Keywords:** Self-care. Race. Black Women. Reproductive Health.



## **LISTA DE FIGURAS**

**Figura 1 – Marco conceitual dos Determinantes Sociais de Saúde**

**Figura 2 – Visão interna do bairro de pesquisa**

**Figura 3 – Vista externa do bairro de pesquisa**

**Figura 4 – Vista interna do bairro de pesquisa 2**

**Figura 5 – Vista externa do bairro de pesquisa 2**

## **LISTA DE QUADROS E TABELAS**

**Tabela 1 – Dados Sociodemográficos das Participantes**

**Quadro 1 – Aspectos a serem considerados nas três dimensões das análises de vulnerabilidade**

**Quadro 2 – Categorias de Análise**

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**ACS – Agente Comunitária de Saúde**

**AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida**

**ANS – Agência Nacional de Saúde**

**CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**

**CDSS – Comissão de Determinantes Sociais de Saúde**

**COFORM – Coordenadoria de Formação e Educação Continuada**

**CREPOP – Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas**

**HERA – Health, Empowerment & Accountability**

**HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana**

**IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**

**IDH – Índice de Desenvolvimento Humano**

**IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**

**IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis**

**OMS – Organização Mundial da Saúde**

**ONU – Organização das Nações Unidas**

**PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**

**PBF – Programa Bolsa Família**

**PIB – Produto Interno Bruto**

**PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**

**PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**

**SEPPIR – Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial**

**SUS – Sistema Único de Saúde**

**UBS – Unidade Básica de Saúde**

## SUMÁRIO

<b>1. APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>12</b>
2.1. Determinantes Sociais da Saúde e Interseccionalidade.....	12
2.2. A Saúde da Mulher no Brasil.....	22
2.3. A Saúde da Mulher Negra no Brasil.....	29
2.4. A Saúde Reprodutiva para além da Reprodução.....	38
2.5. A Saúde do Cuidado ao Autocuidado.....	43
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>51</b>
3.1. Objetivo Geral.....	51
3.2. Objetivo Específico.....	51
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>52</b>
4.1. Tipo de Estudo.....	52
4.2. Local de Coleta.....	52
4.3. População.....	53
4.4. Critérios de Inclusão e Exclusão.....	54
4.5. Instrumentos e Procedimentos de Coleta de Dados.....	54
4.6. Análise de Dados.....	58
4.7. Aspectos Éticos.....	58
4.8. Riscos e Benefícios.....	58
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>59</b>
5.1 Aspecto Individual.....	67
5.1.1 Saúde é “tudo” e “prevenir”.....	68
5.1.2 Necessidade de Cuidado/Hábitos Saudáveis e Chás/Banhos.....	71
5.2 Aspecto Social.....	78
5.2.1 Relação entre Saúde e Raça/ Senso Comum.....	78
5.2.2 Gravidez.....	83
5.3 Aspecto Programático.....	85
5.3.1 Saúde Curativa e Não ter Doença.....	85
5.3.2 Cuidado Centrado no Profissional.....	87
<b>CONSIDERAÇÕES.....</b>	<b>89</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>90</b>
<b>APÊNDICES</b>	
<b>APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada</b>	
<b>APÊNDICE B – Termo De Consentimento Livre E Esclarecido</b>	
<b>APÊNDICE C – Enunciados Encontrados</b>	

## 1. APRESENTAÇÃO

O interesse em pesquisar raça em conjunto à gênero já existia desde o Trabalho de Conclusão de Curso em 2016, no curso de Psicologia no qual pesquisei violência contra a mulher. Dessa forma, a aproximação com o tema de pesquisa ocorreu conforme o caminho no mestrado era traçado.

Ao iniciar o mestrado passei pela dúvida sobre qual seria o meu tema de pesquisa e por um bom tempo, preparei o projeto de pesquisa para o tema da Migração Forçada, a fim de trabalhar com Refugiados, tema que aprendi a gostar com o incentivo da minha orientadora. Entretanto, ainda não me sentia completamente conectada ao tema.

Com o apoio e orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Viodres Inoue, resolvemos alterar a temática para Saúde da Mulher Negra. Em minha atuação como Psicóloga eu já buscava estudar a temática de raça e gênero para atuação clínica e social. Além disso, por ser eu mesma uma mulher negra, poder contribuir para transformar a realidade social da população com a qual me identifico e fortaleço, é uma grande alegria.

O meu propósito e objetivo com a presente pesquisa é compreender as concepções de mulheres negras sobre Autocuidado e Saúde reprodutiva. Não por intermédio de comparação com mulheres brancas ou para ditar uma regra de como deve ser o Autocuidado, mas sim para possibilitar maior compreensão sobre a população; o mais livre possível de estigmas e rótulos, bem como identificar conhecimentos e demandas.

A inserção no bairro se deu por meio da possibilidade de atuar em outro projeto de atendimento terapêutico em grupo com mulheres, e assim que adentrei à comunidade decidi que queria trabalhar com aquelas mulheres. Além disso, a proximidade entre o bairro de pesquisa e o meu bairro de moradia, além de um bom contato com o coordenador e profissionais da UBS local, foram facilitadores da decisão.

Posterior a definição do local e realização das observações, o tema Saúde da Mulher se restringiu para Saúde Reprodutiva, por causa de demandas apresentadas na UBS pelas próprias mulheres; que conforme o que pude

observar, pelo que foi compartilhado pelos funcionários da unidade, apresentavam maior busca por: consultas ginecológicas, contraceptivos de emergência, testes de gravidez e ISTs. Com base na quantidade de consultas com caráter curativo que elas buscavam, pensou-se em buscar compreender como essas mulheres enxergam a prática de Autocuidado, e então o tema foi constituído.

Para auxiliar na conceituação do tema e seus componentes, o presente trabalho divide-se em cinco capítulos que abordam os temas: determinantes sociais em saúde, saúde da mulher, saúde da mulher negra, saúde reprodutiva e autocuidado; seguido pela Metodologia utilizada: Pesquisa qualitativa por meio de entrevista com 19 mulheres autodeclaradas negras. Inicia-se pela temática da saúde, por se tratar de um tema básico para conceituação da problemática.

No primeiro capítulo é dedicado aos Determinantes Sociais em Saúde como fatores de estratificação causadores de desigualdades em saúde para determinadas populações, com enfoque nas determinantes de classe, gênero e raça, que conceituam o sujeito de estudo e justificam os capítulos seguintes.

O segundo e terceiro capítulo relatam sobre as temáticas de Saúde da Mulher (recorte de gênero) e Saúde da Mulher Negra (recorte de raça). A importância de um tema em saúde voltado para as mulheres que as aborde de forma integral, para além do caráter reprodutivo, é destacada. Além da importância de uma saúde que também identifique as demandas e singularidades das mulheres negras dentro de nossa sociedade.

Com o objetivo de compreender a saúde da mulher não apenas em seu aspecto de reprodução, o quarto capítulo aborda a Saúde Reprodutiva, com enfoque para além da gestação, na saúde reprodutiva e de saúde sexual de forma completa, como parte da biologia e vida da mulher.

O quinto capítulo discute-se a definição de Saúde, que já passou por diversos debates, partindo da ideia de unicamente ausência de doença e evoluindo para uma abordagem mais ampla que envolva outros aspectos da vida e socialização humana, como: economia, sociedade e cultura.

A justificativa para realização de pesquisa no tema se dá pelos dados científicos, que serão apresentados a diante, que apontam comorbidades de saúde reprodutiva mais presentes em mulheres negras do que em brancas e, também pela demanda do campo de pesquisa no assunto reprodutivo. A intenção da pesquisa não é comparar conhecimentos em autocuidado em saúde reprodutiva entre negras e brancas, ou definir que negras possuem mais ou menos conhecimento e sim identificar as concepções das mulheres negras sobre autocuidado em saúde reprodutiva.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Determinantes Sociais De Saúde e Interseccionalidade**

Entendem-se Determinantes Sociais de Saúde como as condições sociais em que indivíduos/grupos da população vivem e trabalham, e como essas estão relacionadas à saúde. O conceito de Determinantes Sociais de Saúde surgiu nos anos 70 e início de 80 a partir de “uma série de comentários publicados” (SOLAR E IRWIN, 2005, p.5), sobre como as intervenções em saúde eram limitadas quando orientadas pelo risco de doença no indivíduo. No ano de 2005 o conceito é apresentado em documento de rascunho, com a fundação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde (CDSS), pela Organização Mundial de Saúde (OMS). (BUSS E FILHO, 2007; SOLAR E IRWIN, 2005).

O conceito engloba ainda os fatores sociais, econômicos, culturais, psicológicos e étnico/raciais e como eles afetam a saúde, tanto em caráter específico do contexto social, como pela forma como essas condições sociais traduzem esse impacto na saúde; uma vez que apesar do processo saúde-doença ter influência biológica, o ser humano é um ser que vive em sociedade (SOLAR E IRWIN, 2005; BUSS E FILHO, 2007).

Em vista de enfrentar as iniquidades em saúde, tornam-se necessárias ações dirigidas às populações vulneráveis para reduzir as disparidades entre grupos e medidas de saúde amplas para toda a população (WERNECK, 2016). Segundo o documento da OMS (SOLAR E IRWIN, 2005, p. 5) as iniquidades em saúde envolvem mais do que as desigualdades naturais inevitáveis, trate-se do fracasso em evitar ou superar desigualdades injustas que infringem as normas de direitos humanos; de modo que elas atuam como uma “categoria moral que está profundamente inserida na realidade política e na negociação das relações sociais de poder”.

Por populações vulneráveis, utiliza-se a discussão proposta inicialmente pelas Nações Unidas devido a epidemia de HIV/AIDS, sobre vulnerabilidade, a fim de não culpabilizar as pessoas atingidas pelo vírus com a ideia de “comportamento de risco”, propondo assim uma descrição dinâmica e contextualizada que leva em consideração não apenas aspectos individuais,



mas também coletivos que acarretam maior suscetibilidade à infecção e adoecimento (AYRES, 2006; PRESTES E PAIVA, 2016).

De forma ampla para a saúde, o conceito de vulnerabilidade busca integrar os aspectos individuais, sociais e programáticos (Quadro 1) das vidas das pessoas e até mesmo das comunidades que as tornam mais suscetíveis ao adoecimento e essa concepção somada a outras condições ambientais, científicas e tecnológicas, deram a condição para elaboração de uma proposição mais articulada, de modo que a discussão sobre vulnerabilidade expandiu-se para outras áreas da saúde (AYRES, 2006).

Quadro 1. Aspectos a serem considerados nas três dimensões das análises de vulnerabilidade

INDIVIDUAL	SOCIAL	PROGRAMÁTICA (ÊNFASE NO SETOR SAÚDE)
Valores	Normas sociais	Compromisso político dos governos
Interesses	Referências culturais	Definição de políticas específicas
Crenças	Relações de gênero	Planejamento e avaliação das políticas
Credos	Relações de raça/etnia	Participação social no planejamento e avaliação
Desejos	Relações entre gerações	Recursos humanos e materiais para as políticas
Conhecimentos	Normas e crenças religiosas	Governabilidade
Atitudes	Estigma e discriminação	Controle social
Comportamentos	Emprego	Sustentabilidade política, institucional e material da política
Relações familiares	Salários	Articulação multisectorial das ações
Relações de amizade	Suporte social	Atividades intersectoriais
Relações afetivo-sexuais	Acesso a saúde	Organização do setor saúde
Relações profissionais	Acesso a educação	Acesso aos serviços
Situação material	Acesso a justiça	Qualidade dos serviços
Situação psico-emocional	Acesso a cultura, lazer, esporte	Integralidade da atenção
Situação física	Acesso a mídia	Equidade das ações
Redes e suportes sociais	Liberdade de pensamento e expressão	Equipes multidisciplinares
	Participação política	Enfoques interdisciplinares
	Cidadania	Integração entre prevenção, promoção e assistência
		Preparo tecnocientífico dos profissionais e equipes
		Compromisso e responsabilidade dos profissionais
		Respeito, proteção e promoção de direitos humanos
		Participação comunitária na gestão dos serviços
		Planejamento, supervisão e avaliação dos serviços
		Responsabilidade social e jurídica dos serviços

Adaptado de Ayres et al., 2006.

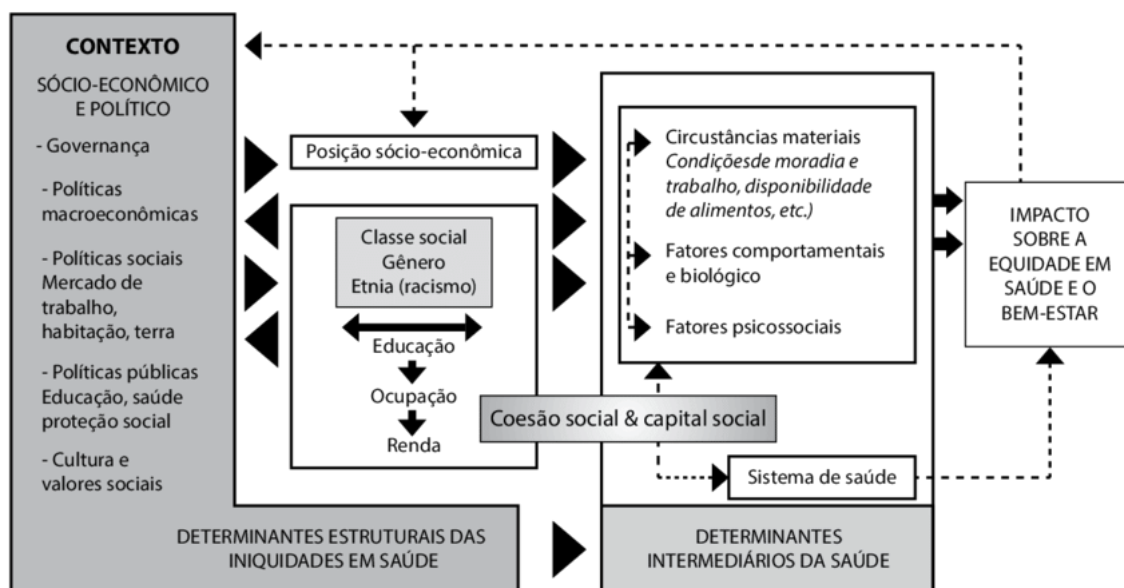
Segundo Lopes (2004, p. 3), “no caso da população negra, o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento determina condições especiais de vulnerabilidade”. Mulheres e homens negros perpassam pelos três aspectos de vulnerabilidade: individual, com adoecimentos psíquicos; psicossomáticos e físicos pelos efeitos adversos sofridos em uma tentativa de integrar-se à sociedade; social, através da inserção social desqualificada e programática, através da invisibilidade de programas e ações que atendam suas necessidades.

Essa relação de poder afeta a saúde da população em geral, mas, mais especificamente, a população negra, que em sua grande maioria vive em piores situações de vida. A concentração de riqueza e poder tem grande papel na produção de desigualdades por ser elemento fundamental para a suposta garantia de boa qualidade de vida, mas caso essa distribuição seja desigual, pode-se encontrar exemplos como de países que possuem Produto Interno Bruto (PIB) inferiores, mas indicadores de saúde melhores do que países com PIB mais altos (BUSS E FILHO, 2007; SEPPIR, 2011).

É possível destacar que a relação entre determinantes sociais e sua influência na saúde não produzem simplesmente uma relação de causa-efeito, apesar de os determinantes de saúde serem a causa de maiores iniquidades em saúde (BUSS E FILHO, 2007; SOLAR E IRWIN, 2005). É preciso analisar a associação positiva entre as condições de vida de homens e mulheres, gênero, geração, classe, deficiência, e raça/etnia, por tais fatores serem responsáveis por estratificações sociais que geram iniquidades à saúde. Essas categorias precisam ser incorporadas uma vez que a história da humanidade e a produção de conhecimento se deram de forma masculina, adulta e branca durante a maior parte do tempo (SEPPIR, 2011; CARVALHO, 2013).

No modelo adotado pela OMS em 2011, mecanismos estruturais alteram a posição do indivíduo na sociedade o que acarreta em iniquidades e essas, com o impacto dos determinantes intermediários, dão forma à condição de saúde dos indivíduos. Segundo o modelo a seguir (Figura 1) (SOLAR E IRWIN, 2010; JARA, HIDALGO E HANSEN, 2011), os determinantes estruturais são àqueles geradores de estratificação social, como os citados acima: preconceito com base em gênero e etnia, bem como a desigual distribuição de renda e estruturas políticas e de governança. Na medida em que os determinantes intermediários estão sujeitos aos estruturais, determinam as diferenças na exposição e proporcionam vulnerabilidades aos fatores geradores de danos à saúde, como as “condições de vida, circunstâncias psicossociais, fatores comportamentais e/ ou biológicos, e o próprio sistema de saúde” (OMS, 2011, p. 7).

Figura 1 – Marco conceitual dos Determinantes Sociais de Saúde



Fonte: Solar e Irwin, 2010.

Visto que a saúde não se resume apenas ao aspecto biológico, envolvendo também fatores sociais, e que a condição de saúde dos indivíduos afeta em outras áreas como educação, bem-estar e economia, a OMS (2011) ressalta a importância do reconhecimento dos Determinantes Sociais em Saúde para a sociedade, e que muitas vezes ela depende de ações para além do setor saúde, o que torna necessário combater as iniquidades de saúde, mas também as sociais.

O fator raça, assim como gênero, que constam como determinantes sociais de saúde, também são marcadores sociais da diferença, o que ajuda a conceituar a importância da temática a fim de entender qual influência eles possuem dentro das posições sociais que podem acarretar as iniquidades em saúde. Os marcadores sociais da diferença (BATISTA E PEREZ, 2016) são designações que estabelecem a hierarquização das desigualdades socioeconômicas; nas áreas da Sociologia e Antropologia, raça, gênero, orientação sexual e classe, já foram consolidadas como marcadores sociais.

Apesar do termo utilizado na definição ser “hierarquização”, é difícil e deficitário ao entendimento da problemática pensar nos diferentes marcadores de forma a se tornar capaz de definir qual seria o papel de fundo principal na promoção das desigualdades. Biroli e Miguel (2015, p. 29) também utilizam essa expressão ao tratarem da necessidade de articular raça, gênero e classe ao se

objetivar debater as relações entre os “limites das democracias contemporâneas e as desigualdades sociais”, segundo os autores supracitados é preciso “incorporar como problema as hierarquias que se constituem na convergência entre os três eixos”; apesar de, mais adiante também ressaltarem que debater tal relação colocando hierarquizações entre os eixos colabora para excluir as experiências e interesses de muitas mulheres, o que reduz seu potencial analítico e transformador.

Em entendimento que todos os âmbitos da sociedade confluem entre si e geram interferências – que podem ser desiguais – aos indivíduos, pode-se colocar que discutir gênero e raça é de grande importância uma vez que ambos os aspectos são considerados geradores de diferenças, seja como marcadores ou como determinantes na saúde.

Complementarmente, não se pode deixar de lado a intersecção de tais determinantes entre si. Ser mulher e negra é um marcador duplo gerador de diferença. Analisar os fatores raça e gênero sem pesar a interseccionalidade contribui para a falta de compreensão dos fenômenos que envolvem tal população.

Antes de buscar conceituar interseccionalidade, é preciso citar Patricia Hill Collins (2015) que alerta ao fato de que estruturar o termo em uma definição que foque um único enquadre que sirva para livros ou artigos, interpreta mal a complexidade do fenômeno. A busca por definições rápidas e concisas é necessária quando exposta em um documento como a presente pesquisa, mas é preciso atentar-se ao fato de que fenômenos sociais e definições por si só nunca estão finalizados.

Entende-se interseccionalidade segundo a concepção de Crenshaw (2002) que apresentava como a discriminação racial e a discriminação de gênero operam em conjunto para limitar o sucesso de mulheres negras. O termo é apresentado como uma conceituação que analisa as dinâmicas estruturais da interação entre eixos de subordinação, através da forma como racismo, opressão de classe e outros sistemas discriminatórios são capazes de definir as posições de mulheres, raças, etnias e classes por meio das desigualdades criadas por esses eixos bem como por ações e políticas específicas.

Vale acrescentar que o termo aborda diferentes conexões além de raça e gênero (como religião, deficiência e nacionalidade), mas para o presente estudo busca-se atentar-se mais às relações de raça, gênero e classe.

Segundo a autora (2002) a ideia de interseccionalidade não aponta a soma das diferenças e sim a sobreposição, ao romper a ideia de hierarquia entre essas e ilustrar sua ocorrência como uma forma de interseção entre vias, em uma metáfora na qual as mulheres que se encontram nos cruzamentos entre diferentes vias (as quais ela denomina de “eixos de discriminação”) sofrem com colisão por ambos os lados, em exemplo, a interseção entre as vias de gênero e raça que acarretam na dupla-discriminação para mulheres negras.

Azarias (2016) pontua que as mulheres negras estão na base, no sustento da pirâmide social, interferência de sua posição na classe social, e são colocadas em posição de subserviência ao próximo, e de lutarem constante e diariamente para sustentar suas próprias comunidades.

Assim como as mulheres estão sujeitas à discriminação por seu gênero, estão igualmente sujeitas por outros aspectos de sua identidade social, como: raça, etnia, classe, religião, orientação sexual, entre outras; ao que se pode colocar como “‘diferenças que fazem diferença’ na forma como vários grupos de mulheres vivenciam a discriminação” (CRENSHAW, 2002, p. 173).

Raça, gênero e classe, em um nível básico, são os eixos que mais se interligam uma vez que ser mulher negra está altamente relacionado à pobreza; o fenômeno da discriminação no acesso e distribuição de recursos, como moradia e emprego, se torna mais grave quando se correlacionam gênero e raça, o que leva a níveis observáveis de desigualdade de classe, uma vez pertencentes de uma classe economicamente baixa serão as estruturas de gênero e raça que definirão como elas experimentarão a pobreza com relação a diferentes grupos (CRENSHAW, 1994).

Dessa forma, os três eixos supracitados englobam os determinantes que afetam a saúde de mulheres negras, o que torna necessária uma conceituação dos mesmos – levando em consideração o dito acima sobre a flexibilidade da definição de fenômenos sociais.

A discussão acerca de gênero como uma categoria analítica (SCOTT, 1989) perpassa por diversas vertentes e áreas, mas encontra seu maior arcabouço nas produções feministas. Desde seu significado como verbete no dicionário até sua aplicação como determinante em saúde, amplos são os entendimentos e teorias.

Scott (1989), Moraes (1998) e Haraway (2004) iniciam seus trabalhos sobre a temática comentando o termo quanto gramática. Em inglês americano existe a distinção de *sexo* e *gênero*, Haraway (2004) pontua o fato ao explicar sua dificuldade em criar uma definição do termo para um dicionário alemão, quando naquela língua, existe apenas uma palavra, *Geschlecht*, que não possui exatamente o mesmo significado que o inglês tanto para gênero quanto para sexo. Gênero em inglês, *gender*, é um substantivo indicador de condição física e/ou social do masculino e feminino, enquanto em português o termo é capaz de gerar confusão em seu entendimento semântico, uma vez que se trata de um substantivo masculino utilizado pela biologia para designar uma classe que se divide em espécies (MORAES, 1998).

O termo também aparece em seu cunho social, de acordo com Scott (1989), para a gramática, além de ele descrever traços inerentes de forma objetiva, também é um meio de classificar fenômenos que se distinguem de forma socialmente acordada. Essas diferenças apontadas pelo *sistema gênero* (HARAWAY, 2004) referem-se tanto a homens quanto mulheres, apesar da maior parte do conteúdo produzido sobre gênero focar na questão das mulheres, uma vez que tratar sobre desigualdade de gênero acarreta em mais ações dirigidas às mulheres, gênero e mulher não são sinônimos (MORAES, 1998; VILLELA, MONTEIRO E VARGAS, 2009).

Em uma definição de explorar as diferenças básicas entre os sexos, ou a de explorar o papel da pessoa na sociedade por base nessas diferenças, Saffioti (2004) acrescenta que apesar das divergências na conceituação do termo, o consenso é que gênero atua na construção social do homem e da mulher. Utiliza-se a proposta de Scott (1989) que define gênero em duas perspectivas interligadas ao mesmo tempo em que independentes. Primeiro como uma

maneira das relações sociais de se diferenciar os sexos, segundo como forma de significação das relações de poder.

A relação entre sexo e sua interpretação social é influenciada pelos valores e sentidos atribuídos pela cultura acerca da constituição anatômica de homens e mulheres e suas participações na reprodução biológica, que produzem “a criação de conceitos polares, dicotômicos e hierarquizados de feminino e masculino que determinam modos distintos de viver, adoecer e morrer” (VILLELA, MONTEIRO E VARGAS, 2009, p. 999).

Para Barata et al. (2013, p. 648), a classe social é importante nas pesquisas, uma vez que é uma “categoria chave para o estudo da determinação social do processo saúde-doença, pois os riscos tendem a se acumular de maneira desproporcional segundo as classes e suas posições na estrutura social”.

O determinante de classe social determina a posição do sujeito na sociedade e influencia em vários aspectos de sua vida material, como o acesso e a posse de recursos materiais, atividades da vida cotidiana e a sua vulnerabilidade, além de influenciar em como as pessoas percebem os problemas de saúde e sua busca por soluções (BARATA ET AL., 2013).

Segundo Vannuchi (2017), o fato de o Brasil ter sido constituído dividido entre “seres superiores e livres” e “seres inferiores cativos” deixou uma marca, principalmente nesse outro, diferente por seus aspectos físicos, colocado sob o estigma de estrangeiro e escravizado pelos “brasileiros” descendentes dos europeus. A isso, a autora chama de “racismo à brasileira”, tema esse que é preciso ressaltar quando se fala de raça no Brasil.

O racismo se alimenta daquilo que aparece reproduzido, mas radicalmente recusado, na inscrição da própria identidade. [...] A política do ‘embaquecimento’ ou ‘branqueamento’ da população, conduzida ativamente pelo Estado, estabeleceu uma nova modalidade do racismo à brasileira (VANNUCHI, 2017, p. 63, 65).

A pessoa negra, sua imagem, cultura e existência, são radicalmente recusadas, apesar de reproduzidas, muitas vezes sob um olhar pejorativo e ofensivo, que criou uma estrutura social que visa eliminar os aspectos que representam tal população e que, ainda, “contaminou” à própria população negra que, por muitas vezes se vê internalizando esse desejo de embaquecimento.

A autora confirma esse pensamento ao dizer que quando o negro busca se branquear, negando a si mesmo, ele consome o crime perfeito. Crime esse encoberto pelas crenças de democracia racial e da mestiçagem, que encobrem a brutalidade cotidiana (VANNUCHI, 2017).

A discussão envolve o conceito de “raça”, que aplicado a outras espécies, foi transferido à espécie humana a fim de legitimar o discurso de inferioridade de populações de diferentes cores e origens. A ideia de formação das raças na antiguidade chegava a ser estudada como uma realidade ontológica por “darwinistas sociais” que qualificavam a diferença entre as raças e transformavam-nas em objeto de estudo e ciência, o que resultava em duas lógicas: “enaltecer a existência de ‘tipos puros’ e compreender a miscigenação como sinônimo de degeneração, não só racial como social” (SCHWARCZ, 2017, p. 99).

Essa visão perversa de raça – prioritariamente no fenótipo cor – afetou a sociedade brasileira como um todo, repercutindo desde as relações sociais mais básicas até as mais complexas, afetando todas as áreas da vida do indivíduo, como por exemplo, a saúde.

Assim, como raça trata-se de um determinante social de desigualdade, torna-se imprescindível colher dados acerca da raça/cor dos indivíduos para buscar identificar e prevenir possíveis discriminações.

O órgão IBGE desenvolveu um sistema de classificação derivado de pesquisa populacional para verificar as cores mais declaradas, ao que chegou às categorias: branca, preta, parda, amarela e indígena. A partir disso, o Ministério da Saúde adota o critério de autodeclaração, no qual o usuário define qual sua cor de acordo com as categorias postuladas pelo IBGE. Esses dados são importantes para verificação das iniquidades existentes no sistema de saúde e, assim, trabalhar a fim da promoção do princípio de equidade do SUS, fora isso, as categorias compõem o papel de ferramentas do Estado, legitimam um perfil identitário da população brasileira, e auxiliam na orientação de políticas públicas no Brasil (IBGE, 2013; UNE, 2017).

Dessa forma, as desigualdades sociais em saúde sofridas pelas mulheres negras as diferenciam quanto ao acesso a serviços de saúde, bem como ao



processo de adoecimento, o que gera agravos na promoção e prevenção, as fragiliza e potencializa a segregação econômica e social (GOES E NASCIMENTO, 2013; LIMA E VOLPATO, 2014).

Uma vez que no Brasil a cor autodeclarada serve como uma forma de negociar a “raça”, mesmo que de forma indeterminada, o fenótipo – os traços físicos como formato de nariz, tipo de cabelo e cor da pele – tornou-se principal variável de discriminação (SCHWARCZ, 2017).

Discriminação essa que envolve todos dentro da população negra – pretos e pardos – mesmo os últimos muitas vezes dispendo de cor de pele menos escura, apesar de diferentemente daqueles que possuem pele escura. Sobre a categoria “pardo”, Schwarcz (2017) coloca que primeiramente ele surgiu como uma “sobra do censo” que incluía os mulatos, mestiços, índios, caboclos, entre outros; ou então como um curinga onde se colocava todos aqueles que não se encaixavam nas demais categorias.

Nesse “status racial”, pardo não é preto nem branco já que, na prática, se aproxima – na representação popular – dos negros. Mas como pardo, raça também expressa o senso comum e a realidade cotidiana e social. Essa realidade revela que negros e indígenas não possuem o mesmo acesso a recursos públicos que os brancos, recursos que são sustentados por políticas públicas que ainda carregam a história da colonização e da escravidão (ROSEMBERG, 2017).

Por fim, Rosemberg (2017) ressalta a necessidade de pensarmos raça, gênero, classe, cor, entre outros, como categorias empíricas e relacionais advindas de confrontos interpretativos, diferentes modos de operar e atualizar sistemas de classificação social.

Dessa forma, falar sobre a situação da mulher negra na saúde, sem analisar as intersecções entre gênero, classe e raça/cor é analisar de forma incompleta a problemática, não dando a devida atenção à forma como diferentes determinantes podem afetar quando acumuladas.

## **2.2 A Saúde Da Mulher no Brasil**

No Brasil, diversos são os autores que pontuam a forma como, até a década de 70, a atenção à saúde da mulher tinha como objetivo apenas seu papel como mãe e reprodutora, para garantir o bem-estar das crianças e recém-nascidos através de programas materno-infantis. Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), postulando novos princípios e prioridades quanto à saúde da mulher, o que permitiu uma ruptura conceitual dos então princípios norteadores das políticas de saúde das mulheres que objetivava a reprodução (BRASIL, 2004; SOUTO, 2008; MEIDEIRO E GUARESCHI, 2009; OMS, 2011; OLIVEIRA E BRITO, 2017).

Dessa forma, o PAISM tornou-se um marco na elaboração de políticas relacionadas à saúde da mulher, com a ruptura da perspectiva da sexualidade feminina restrita apenas à condição de reprodução, que buscava intervir sobre o corpo das mulheres. Tal conquista se deu depois das reivindicações do movimento feminista e do processo de redemocratização do país (SOUTO, 2008; MEDEIRO E GUARESCHI, 2009; TAVARES, ANDRADE E SILVA, 2009).

Na época, o Movimento Sanitário estava a conceber o Sistema Único de Saúde (SUS), que, assim como a Carta Magna, foram formulados posteriormente ao PAISM, porém, muitos dos princípios e diretrizes estão presentes em ambos. O programa de 1984 apresentava como princípios e diretrizes a: hierarquização, descentralização, regionalização de serviços, equidade e a integralidade; sendo que o último ganha destaque nas discussões acerca do tema (SOUTO, 2008; TAVARES, ANDRADE E SILVA, 2009).

A integralidade como uma forma de percepção do indivíduo atendido pelos serviços, em uma política de saúde, deve considerar alguns fatores a fim de garantir uma atenção integral: O ser humano em sua totalidade, um ser integral e biopsicossocial, como sujeito de cuidado que norteia ações de saúde, cujos saberes e práticas já existentes devem ser considerados (SOUTO, 2008; SILVA, 2015). Entretanto, apesar de seu pioneirismo, Oliveira (2016) ressalta como uma falha o fato de o PAISM não cumprir com sua proposta de universalidade e integralidade, além de possuir maior ênfase em questões de ordem sexual e reprodutiva. Por outro lado, segundo a apresentação do documento que norteia as ações do PAISM, redigido em 2004, é anunciada uma

ampliação das ações, enfoque de gênero, e a integralidade e promoção de saúde como princípios norteadores, o que indica mudanças na visão materno-infantil, pontuada como falha anteriormente (BRASIL, 2004).

Em 28 de maio de 2004, o Ministério da Saúde elaborou a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípio e Diretrizes” (PNAISM), e declarou a saúde da mulher como uma prioridade do governo vigente. O documento contava com propostas a fim de humanizar e garantir maior qualidade no atendimento, construído agora a partir dos princípios do SUS. Elaborado em conjunto com diversos setores da sociedade, como o movimento negro, o movimento de mulheres, de trabalhadores rurais, organizações não-governamentais, além de pesquisadores da área, sociedade científica, gestores do SUS, entre outros (BRASIL, 2004; TAVARES, ANDRADE E SILVA, 2009; OMS, 2011; OLIVEIRA E BRITO, 2017).

A PNAISM (2004), além de buscar a consolidação dos avanços dos direitos sexuais e reprodutivos, dispõe da busca de melhorias em outros temas igualmente importantes para a saúde da mulher como, planejamento familiar, atenção obstétrica, prevenção e tratamento do HIV/Aids, câncer ginecológico e de doenças crônicas não transmissíveis. Ademais, há a priorização de problemáticas como mortalidade materna, violência doméstica e sexual, aborto em situação de risco, saúde mental e gênero, e recortes interseccionais como saúde das mulheres indígenas, mulheres lésbicas, saúde das mulheres trabalhadoras da zona rural, em situação de prisão e, saúde da mulher negra (TAVARES, ANDRADE E SILVA, 2009).

Políticas de saúde que façam recorte de gênero são importantes uma vez que esse determinante cria desigualdades dentro das relações sociais, o que atribui ao SUS o papel de entendê-lo como promotor de desigualdades e buscar respondê-las ao diminuí-las por meio da promoção de equidade de gênero (FERRAZ E KRAICZYK, 2010). Ao mesmo tempo, as mulheres acessam os serviços de saúde em maior quantidade, o que se pode deduzir acontecer pelo papel social de cuidadora/cuidadosa atribuído à mulher pela sociedade.

Essas diferenças atribuídas ao sexo que valorizam ou tipificam atributos femininos e masculinos promovem as desigualdades que influenciam no adoecer

e morrer. Schraiber (2012, p. 2642) trata da forma como homens e mulheres são vistos, quanto à saúde, de formas diferentes; os homens colocados como “trabalhadores na produção social, cujo corpo, adoecido, deve ser com muita rapidez restaurado, em especial em sua força física, em seu vigor de trabalhador”, diferentemente das mulheres, cujo espaço de pertencimento aparenta ser o doméstico enquanto são reduzidas ao corpo reprodutor e às atividades de cuidado, para o que, segundo a autora, “a medicalização produziu diversos dispositivos disciplinares e medidas assistenciais capazes de realizá-los”.

Dessa forma, a busca pelos serviços se dá em maioria pelas mulheres, o que apontou estudo realizado em 2014 pelo Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que analisa os atendimentos de 2008 a 2012, onde as mulheres constituíram maioria com 58%, sendo o procedimento mais procurado o parto.

Em estudo realizado pela Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2013) para avaliar o estado de saúde no ano de 2013, as pessoas com 18 anos ou mais totalizavam 146,3 milhões, na qual 62,4% das mulheres consideraram sua saúde como boa ou muito boa, percentual que, em ambos os sexos, diminui conforme a faixa etária aumenta.

Por um número elevado de mulheres apresentar sua saúde de forma positiva, questiona-se o que elas entendem e consideram quando perguntadas sobre sua saúde. A saúde como definido pela OMS, ou apenas a ausência de doença? O que tornaria a saúde da mulher com um aspecto apenas reprodutivo. Tal questão surge da crítica do olhar específico reprodutivo por parte das políticas de atenção à saúde da mulher.

Botton, Cúnico, Strey (2017) dissertam sobre determinados aspectos invisibilizados no tratamento a saúde da mulher e, conseqüentemente, negligenciados, que envolveriam demandas acerca do sofrimento advindo da violência doméstica, jornada dupla ou tripla e saúde psíquica. Schraiber (2012) pontua que a questão gênero, por si só, carrega certa invisibilidade pautada na visão biomédica, que é rompida apenas quando tal visão é criticada.

Assim, quando a mulher foge da concepção de mulher-mãe, cuidadora ou de outros estereótipos de gênero, “acabam marginalizadas aos discursos que deveriam proteger sua saúde” (BOTTON, CÚNICO, STREY, 2017, p.71). E, além disso, as autoras mencionadas (2017) discutem como esses estereótipos de gêneros permeiam o tema da saúde das mulheres até mesmo em sua pré-adolescência, como o incentivo aos exames ginecológicos preventivos que, segundo elas, presumem o papel futuro que aquele corpo feminino terá como reprodutor.

Além dos aspectos reprodutivos da saúde, em 2012, as mulheres apresentavam altas taxas em diferentes agravos e doenças, como hipertensão arterial e diabetes melito, com 27% e 12% respectivamente, sendo que ambas as doenças que possuem suas causas relacionadas à ausência de hábitos saudáveis. A neoplasia maligna, principalmente a de pele, com incidência de 71,3 casos por 100.000 mulheres, e o câncer de mama, com diagnóstico de 52,5% por 100.000 mulheres no biênio de 2012 e 2013. Por fim, no ano de 2012 o HIV/AIDS foi relatado em 39.166 novos casos diagnosticados, sendo 37% desses em mulheres (BRASIL, 2015).

Quanto às taxas de mortalidade, a materna não é a única ressaltada (2015), naquele ano as causas de mortalidade entre as mulheres brasileiras incluíam as doenças crônicas não transmissíveis, nas quais as quatro mais frequentes eram as: doenças cerebrovasculares, isquêmicas do coração, diabetes melito e hipertensivas. Vale acrescentar que as taxas de mortalidade das doenças crônicas não transmissíveis eram mais altas em mulheres pretas, com exceção apenas do câncer de mama e neoplasias de traqueia, brônquios e pulmões.

É preciso destacar (TAVARES, ANDRADE E SILVA, 2009) igualmente a importância da Saúde Mental com recorte de gênero, como o estudo da depressão feminina, no qual a desigualdade de gênero aparece como reforçadora de papéis de subalternidade da mulher com relação ao homem; e os determinantes que auxiliam no agravante dessa desigualdade como raça, classe social, orientação sexual, além da violência contra a mulher como fatores de risco para agravos da saúde tanto física quanto mental da mulher.

Incluir a questão de gênero em políticas públicas combate os desequilíbrios sociais existentes tanto em leis quanto em políticas e comportamentos, e busca a minimização dessas disparidades, reafirmando a necessidade de tratar a questão e reconhecer as desigualdades que envolvem o processo de saúde/adoecimento existentes entre as relações de gênero. Com isso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), adota tal inclusão como um determinante de saúde que precisa ser considerado (SOUTO, 2008; REZENDE, 2011).

Pensar em gênero como um caráter social, afastando a necessidade de naturalizar as desigualdades como aspecto biológico, justifica a inserção do uso do conceito no estudo da atenção à saúde (REZENDE, 2011).

Entretanto, tal naturalização que justifica o papel social da mulher como inferior ao homem não vem dos dias atuais. Para se entender o presente é preciso conhecer o passado, a história. E muito se ressalta o fato de as mulheres não terem sido protagonista de suas histórias, uma vez que a mesma foi contada pelo grupo dominante (homens brancos de elite), e assim as mulheres não foram Sujeitos da história (SOUSA E ALMEIDA, 2017).

As autoras supracitadas (2017) prosseguem ao colocar que a mulher, vista por seu “fardo” biológico através da gravidez e do aleitamento, deveria, em tal concepção, aceitar sua condição natural e biológica, que posteriormente foi incrementada com o trabalho doméstico disposto como extensão por ser conciliável com a maternidade. Fora isso, a mulher estava sujeita a qualquer forma de tratamento, que podia incluir a violência, para mantê-la em posição de submissão, uma vez que era tida como objeto de pertencimento em suas relações, primeiramente como filha que deve obediência ao pai e, posteriormente, ao marido.

A desigualdade de poder existente entre homens e mulheres é histórica, inclusive no Brasil, que com apoio da legislação trabalhou em sua manutenção, com leis que, ao exemplo, colocavam a mulher como assistida pelo marido e passível de perder a capacidade para “certos atos”. No olhar da saúde, as mulheres tinham sua sexualidade e fases da vida controladas e vigiadas, com

enfoque apenas em uma visão da mulher como aparelho reprodutivo. (BASTHI, 2011; REZENDE, 2011; SOUSA E ALMEIDA, 2017).

O cenário da saúde passou a mudar com as exigências, principalmente das feministas, por métodos contraceptivos, a legalização do aborto e a desintegração do olhar reprodutivo acerca de seus corpos. Batalha essa que, ao garantir a inclusão dos direitos reprodutivos e planejamento familiar, tornou-se uma valiosa conquista para o movimento feminista e o movimento das mulheres negras (BASTHI, 2011; REZENDE, 2011).

Incluir a intersecção de gênero em políticas e programas de saúde voltados às mulheres é uma forma de refletir e combater as desigualdades sociais, o que visa promover melhoria das condições de vida, igualdade e cidadania (REZENDE, 2011).

É possível ressaltar a importância de políticas e programas de saúde voltados à mulher ao analisar a participação da mulher na sociedade e no sistema de saúde, uma vez que na atualidade as mulheres atuam não apenas no ambiente familiar, mas também na política, trabalho e cultura. Quanto à saúde, as mulheres integram em torno de 50% da população brasileira, além de serem as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), mas não apenas para utilização própria, e sim para acompanhar outros familiares, vizinhos, amigos e pessoas idosas ou com deficiência (BRASIL, 2004; OLIVEIRA E BRITO, 2017).

Contudo, as iniquidades sociais que afetam as mulheres fazem persistir o cenário citado inicialmente pela OMS, no qual o acesso e utilização dos serviços de saúde por parte de mulheres mais pobres tende a ser menor. E suas razões são complexas, desde a indisponibilidade do serviço em localidades próximas às mulheres, até a privação existente em algumas normas socioculturais, que impedem e limitam a interação de mulheres com profissionais de saúde do sexo masculino (OMS, 2011).

Dessa forma, observa-se que apesar da mulher estar presente em todos os contextos da sociedade, as iniquidades ainda as afetam, bem como afetam outras minorias sociais. As desigualdades sociais, econômicas e culturais

aparecem como determinantes sociais de saúde, uma vez que as condições às quais a população está exposta revelam seu adoecer e morrer; ou seja, pessoas que são mais expostas a situações precárias de vida, estão mais vulneráveis e vivem por menos tempo (BRASIL, 2004; OMS, 2011).

No Brasil existem disparidades quanto ao acesso aos serviços e direitos por questão dos espaços sociais ocupados por diferentes grupos de pessoas, entre elas, a população negra, que ocupam espaços diferentes da população branca. Existe grande diferença entre os níveis de bem-estar entre brancos e negros (pretos e pardos), sendo que os últimos possuem os piores indicadores sociais e têm menos acesso a bem e serviços sociais, o que dificulta a efetivação de políticas públicas e afirma a dimensão da desigualdade (BRASIL, 2004; BATISTA, MONTEIRO e MEDEIROS, 2013).

Apesar do acesso e garantia de saúde às mulheres se tratar de um direito humano, ainda se pode encontrar disparidades com relação à região e cor ou raça. Como exemplo, a mortalidade materna, que apresenta taxas elevadas, tem como oferta de redução relacionada com o aspecto preventivo, diretamente relacionado ao acesso e qualidade de serviço ofertado pela saúde (BRASIL, 2015).

É recomendado pelo SUS que as gestantes tenham ao menos 7 ou mais consultas de atendimento pré-natal, o que ocorre para 75% das mulheres brancas, entretanto, quando se trata das mulheres pretas e pardas, o percentual reduz para 56,4% e 54,8%, respectivamente. Apesar da redução da razão de mortalidade materna, a problemática continua sendo enfoque no Brasil, uma vez que a taxa de mortes durante a gravidez por razões obstétricas, em sua grande maioria evitáveis, foi de 66% no ano de 2012, enquanto a morte de gestantes e mulheres no puerpério por hipertensão foi de 20,6%. Desses dados, a taxa de óbito de mulheres negras correspondia a mais de 60% dos óbitos durante a gravidez e o puerpério, ao passo que elas correspondem à aproximadamente 52% da população feminina do país, enquanto a taxa de óbito pela mesma causa, mas em mulheres brancas, foi de 34% enquanto elas correspondem à 47,5% da população feminina (BRASIL, 2015).



Por mais que se discuta a necessidade de desvincular as políticas de saúde da mulher do caráter reprodutivo, percebe-se como essa categoria ainda apresenta déficits ao levar em consideração o fator raça. Quando se une a questão de gênero à problemática da desigualdade racial, a situação se agrava, o que gera impactos negativos à saúde das mulheres negras. Dessa forma faz-se necessário discutir acerca do acesso à saúde da mulher negra no sistema de saúde pública no Brasil.

### **2.3 A Saúde Mulher Negra no Brasil**

Iniciar uma discussão cujo objeto é a Mulher Negra, em particular no Brasil, exige antes de tudo um breve retorno histórico ao Brasil a fim de contextualizar a condição estrutural do país e a forma como os negros em geral eram reconhecidos.

No Brasil colônia, os colonos extraíam os negros africanos de suas culturas, territórios e famílias para trazê-los a fim de serem escravizados, ao que passaram a viver cativos e sob condições adversas, aquém dos direitos humanos (PÔRTO, 2006). Vistos como mercadorias por parte daqueles que os escravizavam os negros não compartilhavam dos mesmos direitos e deveres dos brancos da época. Como exemplo de tal fato, os escravos tinham seus corpos mercantilizados; não vistos como humanos e sim como produtos a serem utilizados por seus donos (PINHEIRO E MAIA, 2017).

No caso das mulheres, a exploração de seus corpos se dava de forma diferenciada a dos homens. Ambos tinham como demanda realizar o serviço braçal, entretanto, em adição a isso, muitas eram as mulheres que sofriam violência sexual e outras formas de agressões. Perdiam o controle e autonomia não somente de seus corpos, mas também dos filhos que geravam em seus ventres.

A exploração do corpo das mulheres escravizadas dava-se, além da violência sexual que muitas vezes podia ser entendida como parte de suas atribuições, por meio de controle de sua reprodução. Em época quando o tráfico de escravos entre países foi proibido, a reprodução servia como maneira de garantir nova mão de obra, entretanto isso não era indicativo de que elas receberiam tratamento melhor ou diferenciado por estar em gestação, ao

contrário, sua força produtiva continuava sendo explorada e, em caso de negras libertas, poderiam ainda perder o usufruto da liberdade caso o seu senhor tivesse interesse em se apossar da criança como um novo escravo. Ocorria também de a criança ser vista como uma despesa a mais e assim a escravizada era obrigada a abandonar sua criança (SILVA, 2010; PINHEIRO E MAIA, 2017).

Concomitante, relaciona-se à saúde da mulher escravizada, que mesmo fora à situação de gestação se mostrava precária. Pôrto (2006) pontua que as condições de transporte, trabalho e moradia eram responsáveis pela saúde dos escravos; além de o discurso médico colocar o negro como causa de diversos males. Os livros médicos da época que chegaram a tratar da saúde do negro focavam apenas nos aspectos gerais que pudessem ser de interesse de seus proprietários, e acrescenta que incluía (2006, p.1021) “como escolher uma peça saudável, como deve ser a constituição física do escravo, suas condições de habitação, vestuário, alimentação, jornada de trabalho, repouso, castigos, etc.”, estudavam as enfermidades mais comuns naquela população e instruíam formas de administrar o tratamento de forma caseira e facilitada para o senhor proprietário.

A autora mencionada (2006) prossegue ao ressaltar que os cuidados e preocupações com a saúde dos escravos somente surgiam quando exerciam influência direta aos senhores e sua situação financeira, assim como os maus tratos, que apresentavam limite apenas por questão do medo da morte do escravo ou fuga e, assim, a perda da mão de obra.

No caso das mulheres escravizadas, o gênero era um fator agravante de sua opressão e limitava sua chance de liberdade e alforria, uma vez que seus corpos e condição de mulher eram materializados (PINHEIRO E MAIA, 2017). Não obstante, tal visão acerca do corpo da mulher não se dissipou completamente após o fim da escravidão.

Foi somente em 1888, que o Brasil aboliu a escravidão, dessa forma “libertando” a população negra escravizada. Usa-se o termo libertação em seu significado prático de dicionário (retirado do site Google), cujo verbo, libertar, tem como primeira definição “tornar independente”, entretanto, no caso da população negra, pode-se aplicar a segunda definição que o coloca como “livrar (-se),

desembaraçar (-se) de (algo que perturba ou incomoda)”, uma vez que após a abolição da escravidão, os escravos foram deixados à margem da sociedade.

Com a abolição, a violência contra a população negra metamorfoseou para a discriminação por raça de forma velada. No final do século XIX e início do século XX adotava-se uma base considerada científica biológica a fim de postular a ideia dedutiva da raça negra como inferior (FERNANDES E SOUZA, 2016). Em acréscimo, Aparecida Bento (2016) pontua a tentativa eugenista de garantir um futuro ao país que fosse predominantemente branco, com o incentivo para que europeus migrassem para o Brasil e que brancos se relacionassem com negros a fim de que as gerações futuras assimilassem “a força” dos negros, mas as demais características dos brancos.

Essa concepção história se mantém até a atualidade, colocando a população negra (pretos e pardos) hierarquicamente abaixo e em locais mais desqualificados na sociedade. O que marca suas identidades e modos de vida, ao definir um topo no qual se inclui apenas a população branca, o que toma os negros em um sentimento de inferioridade e angústia por não corresponderem ao suposto ideal (CREPOP, 2017).

Em cartilha do Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP, 2017) sobre *Relações Raciais: Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas/os*, afirma-se que o racismo e o sexismo que ocorrem de diversas formas e em âmbitos da vida, influenciam na forma de morrer, na condição de saúde, possuir ou não um trabalho ou moradia digna, entre outros; causam sofrimento psíquico e impedem a mobilidade da população negra.

Apesar de sofrerem com ambas as discriminações de raça e gênero, as mulheres negras não são efetivamente incluídas em nenhum dos movimentos que tratam dessas temáticas: o Movimento Feminista e Movimento Negro. Sueli Carneiro (2011) ressalta que as mulheres negras tinham suas pautas secundarizadas dentro do Movimento Feminista, consideradas apenas subitens no movimento de suposta universalidade de gênero, e destaca o fato de ocorrer em um país onde mais da metade da população feminina é formada por afrodescendentes. Assim como no Movimento Negro, ao possuir uma face sexista, através de opressão da autonomia feminina nas relações de gênero.

Esses aspectos tornaram urgente a criação de um movimento que as englobassem, surgindo de forma sistematizada o Movimento das Feministas Negras, iniciado entre a década de 60 e início de 80 (SANTOS, 2017).

Essa invisibilidade da mulher negra no Brasil pode ser vista também nos programas e políticas de saúde, uma vez que somente na elaboração dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), do ano de 2004, surgiu o tópico de atenção à saúde da mulher negra; enquanto o mesmo se repete na elaboração do Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), de 2006, lançado em 2008, que também dedica apenas pontos específicos acerca de gênero, com foco maior apenas nos documentos informativos do SUS que visam contribuir com a implementação da política, caso da 3ª edição de 2017.

Apenas uma pincelada para demonstrar como a mulher negra sofreu opressões diversas tanto por seu gênero quanto raça, desde os primórdios da sociedade brasileira, que perduram até a atualidade e afetam sua saúde.

O que se nota, apesar da população negra ser a maioria, de acordo com o censo de 2000 (BRASÍLIA, 2005), a população feminina no Brasil representava 51% da população, os quais 30% eram de mulheres negras; valor esse que no ano de 2009 (IPEA, 2013) se elevou, de forma que as mulheres negras representavam um quarto da população brasileira, em uma percentagem de 50% o que indica uma participação social relativamente maior das negras. Em continuidade, no censo de 2012 (BRASIL, 2015) a população feminina permanece em 51%, enquanto a população feminina e negra (52%) supera mais da metade da população feminina, sendo que na região sudeste, ela representa 43,9%.

Entretanto, a mulher negra sofre triplamente ao ser colocada em posição de inferioridade por sua raça, gênero e, muitas vezes, classe econômica, o que explica a posição dessa população na sociedade atual brasileira, com má qualidade de vida e bem-estar social/físico/mental, que por sua vez provoca a situação de grande desigualdade na saúde (LIMA E VOLPATO, 2014).

As desigualdades são decorrentes das relações sociais, de modo que não advém da diferença individual e sim de como as vantagens e desvantagens são

repartidas pelas variadas relações sociais, demográficas, culturais, econômicas e políticas da sociedade (GOES E NASCIMENTO, 2013). Quando se trata de desigualdades sociais em saúde, Barata (2009) pontua exatamente essa diferenciação entre a saúde de determinados grupos definidos por propriedades sociais, remetendo às diferenças injustas que são acentuadas por características sociais que colocam alguns grupos em desvantagens com relação à garantia à saúde e sua manutenção.

Muito se precisa avançar acerca da promoção de melhor qualidade e equidade de saúde para as mulheres negras, uma vez que até mesmo a notificação da variável cor aparece como algo falho, ao ser subnotificado, o que dificulta a análise sobre a saúde da mulher negra no Brasil; entretanto, dos dados obtidos, encontrou-se que a negras estão abaixo da linha da pobreza, e entre os aspectos pontuados, têm-se a informação de que as mulheres negras possuem menos acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, além de menos atenção ginecológica e assistência obstétrica (BRASÍLIA, 2005).

Além disso, algumas doenças são mais presentes na população negra, em especial nas mulheres, que possuem maior probabilidade de contrair e morrer por doenças relacionadas à morte materna (LIMA E VOLPATO, 2014). O que ressalta a necessidade de impulsionar estudos acerca não somente das doenças que acometem as mulheres negras, mas se elas são atendidas pelo sistema público de saúde de forma preventiva.

Como já citado anteriormente, algumas doenças que são mais prevalentes em mulheres apresentam maior incidência em mulheres negras, bem como outros agravos são mais comuns na população negra.

As doenças hipertensivas são a principal causa de morte materna na população feminina negra, responsável por um terço dos óbitos; no geral a hipertensão arterial é responsável direta ou indiretamente por 12% a 14% dos óbitos no Brasil, podendo causar maiores complicações em pessoas negras, de ambos os sexos. A Diabetes (mellitus/melito) tipo II atinge com mais frequência a população negra e na população feminina, acomete 50% mais negras do que brancas. A doença é também a quarta principal causa de morte e principal causa de cegueira no Brasil (UNE, 2017).

Outra doença considerada prevalente na população negra pelo Ministério da Saúde (UNE, 2017), é a Anemia falciforme, doença hereditária que acomete até 6% da população brasileira em geral e até 10% da população negra.

Com relação à morte materna, em comparativo às mulheres brancas, a taxa de mortalidade em negras é de quase seis vezes maior a do outro grupo; define-se morte materna o óbito de uma mulher durante o período de gravidez/parto ou até 42 dias depois da gestação, incluindo também a morte por consequência de aborto espontâneo ou inseguro (BRASÍLIA, 2005; LIMA E VOLPATO, 2014).

Os dados relatados acima revelam como a desigualdade exerce influência negativa na saúde da população negra, em principal à mulher, que acrescenta o fator gênero ao de raça como determinante de desigualdade em saúde. Para o Ministério da Saúde (UNE, 2017) a elaboração de políticas de combate às desigualdades depende da compreensão do conjunto formado pelos indicadores de saúde que, associados com as características socioeconômicas, revelam a relação entre saúde, seus determinantes sociais e a organização do sistema de saúde. Dessa forma, é preciso identificar como a raça influencia na relação da mulher e sua saúde.

Em estudo descritivo comparativo entre 10.291 mulheres negras (soma de pretas e pardas) e brancas com 25 anos de idade e residentes da Bahia, Goes e Nascimento (2013) obtiveram dados que corroboram com o referencial apresentado, além de concluir que há uma hierarquização do acesso aos serviços de saúde devidos fatores associados às desigualdades de gênero e raça. Apesar de mulheres brancas e negras sofrerem o impacto das desigualdades por questão do gênero, a raça impacta para que as mulheres negras apresentem um resultado pior quando se trata de acesso aos serviços.

De acordo com as referidas autoras (2013), as mulheres negras apresentam maior percentual para o quesito: acesso ruim em saúde; enquanto as brancas são prioridade no acesso bom. Para o acesso bom, as mulheres brancas apresentaram um percentual de 15,4 enquanto as mulheres negras apresentaram apenas 7,9; ao passo que o contrário se identifica quanto ao

acesso ruim, com taxas elevadas, mas com o percentual de 72,8 e 78,6 para mulheres brancas e negras, respectivamente.

Leal et al. (2017) verificaram as iniquidades quanto ao atendimento pré-natal e parto de acordo com a raça/cor, em uma amostra com entrevistas e revisão de prontuários médicos que totalizou 23.984 mulheres. Seus resultados apontaram que as mulheres pretas e pardas (*brown-skinned*) possuem menos atendimentos que as mulheres brancas.

Entre os resultados (2017) comparativos entre mulheres pretas e pardas com mulheres brancas, verificou-se que quanto ao pré-natal, com uma sub amostra de 6.689 mulheres, sendo 1.840 negras e 4.849 brancas, as negras eram mais propensas a: receberem cuidado pré-natal inadequado, a estarem desacompanhadas, receberem menos orientações durante o pré-natal, além de ser menos provável que recebessem anestesia quando realizada episiotomia; e possuírem maior probabilidade de terem parto após o tempo da gestação completa (39-41 semanas). Ressalta-se que apesar das mulheres brancas serem aproximadamente quatro vezes mais que as negras, as desigualdades permaneceram.

Os dados encontrados por ambos os estudos recentes, que revelam as iniquidades e desigualdades quanto ao acesso e atendimento em saúde por parte de mulheres negras, ajudam a desenhar o retrato da sociedade brasileira, que necessita de políticas afirmativas em todos os âmbitos sociais a fim de tentar reduzir tais disparidades.

Essas políticas pra redução das disparidades já acontecem no âmbito da saúde nas políticas de atendimento, ao que Werneck (2016) aponta como frente de fortalecimento à discussão acerca do vínculo de racismo e vulnerabilidade a partir da Marcha Nacional Zumbi dos Palmares em 1995, que promoveu medidas relacionadas à saúde da população negra como declaração do quesito raça/cor na Declaração de Nascidos Vivos e de Óbitos, criação do Programa de Anemia Falciforme, restauração da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, entre outros. Assim como a PNAISM (2004) que passou a incluir atenção às populações vulneráveis, que incluiu a população negra; e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), aprovada em 2006, mas que,

como Batista, Monteiro e Medeiros (2013) ressaltam, apenas foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite em 2008 e somente em 2009 o Ministério da Saúde publicou a portaria que reconhece o racismo e seu impacto na saúde.

Mesmo tendo sido oficializada em 2009, em estudo transversal realizado por Neto et al. (2015), com amostra de 391 indivíduos, sendo 62,1% pretos, revelou que 90,5% dessa amostra, majoritariamente negra, não tinha conhecimento dessa política de saúde voltada exclusivamente à população negra. Esse fato refletiu a falta de conhecimento acerca de políticas públicas dessa população amostral. Ainda durante o estudo, após o entrevistador informar os indivíduos acerca da política que desconheciam, 60,9% deles a consideraram como necessária.

A PNSIPN tem como base os princípios constitucionais de cidadania e dignidade, embasada pelo SUS e a constituição de 1988. Preza a participação popular e controle social, o princípio de equidade, e, principalmente, destaca as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais da condição de saúde. Em consideração, apontar o racismo e a discriminação como associados ao adoecimento e morte precoce na população negra é colocado como aspecto fundamental do PNSIPN (WERNECK; 2016).

Assim, como pontuado na introdução da 3ª edição da Política (UNE, 2017), a sua publicação convém como reconhecimento e concordância da necessidade de mecanismos de promoção de saúde integral da população negra e combate ao racismo institucional no SUS, com a responsabilização de cada esfera de cuidado e gestão do SUS na promoção de um acesso humanizado para a população negra, com foco na redução de todas as iniquidades sociais em saúde. Werneck (2016) define o racismo institucional como a manifestação do racismo que perpassa o sujeito como indivíduo e atinge a dimensão estrutural, que embarca as políticas, normas e organizações da sociedade, o que promove resultados desiguais e desfavoráveis aos negros e privilegiado aos brancos.

Com diretrizes e objetivos que, visam maior inserção da população negra e sua cultura na participação e na manutenção dos serviços, a Política busca aprimoramento dos sistemas de informação em saúde com inclusão do quesito cor/raça em todos os instrumentos de coletas de dados do SUS; o



desenvolvimento de ações para reduzir indicadores de morbimortalidade materna e infantil, implementação de processos de monitoramento e combate ao racismo e desigualdades étnico-raciais no campo da saúde, garantia e ampliação no acesso da população negra aos serviços de saúde em todas as áreas, sejam urbanas ou rurais; monitoramento e avaliação dos indicadores e metas para promoção de saúde da população negra com o fim de redução das iniquidades, entre outros (UNE, 2007; 2017).

Com relação ao gênero, a política apresenta como estratégia de gestão a qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, com objetivos que envolvem assistência em todos os períodos referentes à saúde reprodutiva da mulher; e incentivo financeiro e técnico às redes integradas de atenção à mulher negra em situação de violência sexual, doméstica ou intrafamiliar (BRASÍLIA, 2007).

A dupla intersecção raça-sexo ganha destaque relativamente pequeno nas políticas, mas ainda se faz presente, de forma que na PNAISM (2004) quanto ao recorte de raça declara-se que em 2003 a Área Técnica de Saúde da Mulher identificou a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e proposição de novas ações, entre todas as citadas, a de atenção às mulheres negras.

Além disso, o documento de 2004, ganha uma diretriz para tratar sobre a Saúde das Mulheres Negras, que ressalta a ausência da variável cor nos sistemas de informação, o menor acesso das mulheres negras na assistência obstétrica, as taxas de mortalidade precoce e mortalidade infantil, as deficiências na assistência pré-natal às gestantes. Pontua-se também o fato de que alguns problemas e doenças são mais prevalentes dentre a população negra, como a já citada diabetes tipo II, hipertensão arterial e anemia falciforme.

E por fim, a PNAISM (2004) relata a importância de mais pesquisas nacionais acerca da saúde da mulher negra, importante para a implementação de políticas de saúde que atendam às demandas dessa população. A quantidade e densidade de pesquisas acadêmicas com enfoque na saúde das mulheres negras ainda é reduzida, em revisão de literatura acerca do tema em revistas de Ciência da Saúde, ao pesquisar o termo “saúde da mulher negra” em periódicos disponíveis na biblioteca virtual da Scielo, Werneck (2016) encontrou apenas 24

artigos publicados a partir de 2008, ao passo que, ao restringir para artigos que tratassem da saúde pública, o número reduziu para apenas seis artigos. Como a autora (2016) explana, não é possível determinar com exatidão os motivos dessa baixa adesão à temática, apesar de sua importância para a saúde de uma grande parcela da população.

## **2.4 A Saúde Reprodutiva para além da Reprodução**

Ao falar de Saúde Reprodutiva é preciso ressaltar que essa não aborda apenas a questão da mulher como passível de se reproduzir com fins de constituir uma família, ou seja, apenas do Planejamento Familiar. O PAISM (1984) incluiu o Planejamento familiar como uma das ações mínimas para garantia da saúde integral da mulher, o que o constitui como direito sexual e reprodutivo.

Apesar de estarem interligadas, existe a diferenciação entre Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, o primeiro termo foi adotado após o segundo, que era comumente utilizado como sinônimo para todos os temas com relação à sexualidade e reprodução.

O percurso dos direitos sexuais e reprodutivos passou por grandes embates, uma vez que os conservadores temiam a temática da concepção dos direitos reprodutivos, principalmente aqueles ligados ao direito do aborto (ARILHA E BERQUÓ, 2015). Um grande marco na história dos direitos sexuais e reprodutivos foi a IV Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, conhecida por Convenção do Cairo, ocorrida em 1994, que buscava melhorias na qualidade de vida das populações humanas.

No campo dos direitos sexuais e reprodutivos, utilizou-se a perspectiva de gênero, principalmente para incluir mulheres e homens, ao tratar da qualidade das políticas públicas, e que essas fossem além da contracepção, a uma consideração da necessidade de políticas sociais amplas formadas para os campos da saúde e educação. Para tal, desenvolveu-se um Programa de Ação que destacava a saúde sexual e reprodutiva, com foco na equidade de gênero em sua formulação (ARILHA E BERQUÓ, 2015).

A Conferência ofereceu uma definição de Saúde Reprodutiva que, assim como a definição atualmente mais reconhecida de saúde, reconhece-a como um estado para além da ausência de doença, que envolve também o bem-estar físico, mental e social em todos os temas relacionados ao sistema reprodutivo.

A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isso inclui também a saúde sexual, cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis (ONU, 1995, anexo, cap. VII, par. 7.2).

A Saúde Sexual pode ser então incluída como parte da Saúde Reprodutiva, em uma expressão que se tornou necessária para conceituar temáticas como a das doenças sexualmente transmissíveis. De acordo com a HERA (HEALTH, EMPOWERMENT, RIGHTS & ACCOUNTABILITY, 1999), grupo de mulheres atuantes no campo da saúde, a Saúde Sexual é a habilidade de homens e mulheres aproveitarem e expressarem sua sexualidade, livres de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, bem como coerção, violência e discriminação. Significa ter uma vida sexual livre de discriminação, com informação, segurança e autoestima.

O documento do HERA (1999) com ideias para ação no campo dos direitos sexuais e reprodutivos e saúde da mulher pontua algumas medidas que os serviços podem adotar acerca da temática, como um sistema de saúde que providencie acesso universal da atenção básica aos níveis elevados, que possa oferecer educação preventiva e esteja pronta para desafios como emergências clínicas e obstétricas, forneça diagnóstico clínico e tratamento efetivo para as ISTs<sup>1</sup>, principalmente em mulheres que não apresentam os sintomas da infecção.

---

<sup>1</sup> Utiliza-se a definição de Infecções Sexualmente Transmissíveis no lugar de “Doenças”, conforme sugerido pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais do Ministério Da Saúde.

A Política de Saúde da Mulher envolve a Saúde Reprodutiva e Sexual, mas não se restringe apenas a essas. Os objetivos específicos abordam alguns pontos referentes à saúde Reprodutiva, como ampliação da atenção clínico-ginecológica, especialmente para as portadoras de HIV e outras ISTs; promoção de atenção obstétrica e neonatal qualificada; atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual; prevenção e controle do HIV/Aids e outras ISTs; redução da morbimortalidade das mulheres por câncer, como o câncer de colo mama e de colo uterino; e atenção à saúde da mulher no climatério.

Tais objetivos abordam o sistema reprodutivo e a sexualidade das mulheres além da condição de planejamento familiar, uma ideia fortemente reforçada pela política, de um olhar integral às mulheres. Olhar que permanece na Saúde Reprodutiva é preciso acolher e orientar as mulheres mesmo que essas não busquem por atendimento referente gestação.

Além disso, os direitos reprodutivos e sexuais, assim como suas ações em saúde, foram reformulados para incluir não somente os homens, mas também os homossexuais, transgêneros, travestis, trabalhadoras do sexo, adolescentes e grupos dos quais não se consideram a sexualidade, como idosos e deficientes.

Assim como sugerido a partir das intersecções citadas, é importante avaliar a questão e ações em Saúde Reprodutiva a partir do recorte de raça, uma vez que as mulheres negras podem estar sujeitas a condições diferentes e desiguais, devido a sua raça.

Em documento do Ministério da Saúde (2013) sobre Saúde Reprodutiva e Sexual para a Atenção Básica, ressalta-se a necessidade de considerar como o Racismo afeta essa população mesmo após as conquistas institucionais visando sua erradicação. A discriminação e o racismo contribuem para um perfil epidemiológico marcado pela desigualdade, principalmente na alta taxa de mortalidade materna, causa essa que é a primeira de morte no Brasil e mais frequente entre as mulheres negras.

O documento (2013, p. 76) aponta também que quando se trata da saúde da mulher negra, ela aparece como que tem “menor acesso aos serviços de

saúde de boa qualidade, atenção ginecológica e à assistência obstétrica, seja no pré-natal, parto, seja no puerpério”.

A hipertensão, diabetes e anemia falciforme também aparecem no documento como problemáticas das mulheres negras em Saúde Reprodutiva, essas já foram apresentadas como mais frequentes ou de maior incidência na população negra, entretanto, agora foca-se em sua influência na Saúde Reprodutiva, igualmente.

As doenças hipertensivas constituem a principal causa de morte materna, ela apresenta-se precocemente e possui evolução mais grave na população negra, isso torna fundamental a aferição da pressão arterial de todas as gestantes durante o pré-natal, e caso apresente alguma alteração, referenciá-la a um serviço de pré-natal de alto risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A gestação também pode ser de alto risco em mulheres com Diabetes *mellitus* tipo 2, pois nessas a hipertensão arterial é duas vezes maior que na população em geral. Ambas as doenças têm impacto diferenciado na saúde reprodutiva da população negra, o que sugere a priorização de ações educativas pelos serviços de saúde para identificação de sinais e sintomas das mesmas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O documento (2013) também ressalta os riscos e complicações na gestação devido à anemia falciforme, condição hereditária de maior prevalência na população negra. Mulheres portadoras da doença possuem maior risco de abortamento e complicações durante a gestação e o parto, que incluem dentre prematuridade, natimorto, placenta prévia e deslocamento prematuro de placenta.

Essas são algumas das questões pontuadas pelo documento supracitado, além das mortes por causa externas, como violência, e doenças sexualmente transmissíveis, como a Aids, nesse caso, apesar da estabilização da doença, ela vem aumentando nas populações mais pobres, onde encontram-se maior proporção da população negra.

Em pesquisa realizada por Berquó e Lago (2016) com objetivo de comparar indicadores de atenção à saúde reprodutiva das mulheres negras e

brancas, realizada com 14.625 mulheres brancas e negras entre 15 e 49 anos de idade, inicialmente encontraram-se diferenças que desfavoreciam as mulheres negras no que se refere ao número mínimo de consultas no pré-natal, parto cesáreo, parto com presença de acompanhante e realização de consulta no puerpério, entretanto ao realizar as comparações entre negras e brancas separadas, dentro de cada estrato socioeconômico, essas diferenças perdem significância para todos os indicadores considerados. Porém, não se podem analisar as questões sem levar em consideração as variáveis econômicas, escolaridade e acesso a plano de saúde.

Posto isso, dentre os resultados as autoras (2016) obtiveram algumas diferenças quanto aos indicadores. O número de consultas no pré-natal, quando analisado a partir da idade gestacional, após controle da escolaridade demonstrou-se mais favorável para as brancas; e a porcentagem de mulheres que não receberam anestesia no parto vaginal foi significativamente maior entre as pardas e pretas do que entre as brancas.

Resultados semelhantes também foram encontrados em pesquisas realizadas em 2000 por Perpétuo, e 2016 por Carvalho, Vieira e Paula, em que ambas verificaram o acesso à saúde sexual e reprodutiva e a categoria raça/cor. E em complemento com o que foi colocado por Berquó e Lago (2016) acerca da necessidade de considerar as variáveis econômicas e escolaridade, Perpétuo (2000) encontra em seus resultados que a proporção de mulheres negras que residem nas regiões menos desenvolvidas e nos estratos educacionais e socioeconômicos inferiores é o dobro das mulheres brancas.

Entre outros achados, tanto a pesquisa de 2000 quanto de 2016, essa última, realizada com dados do ano de 2006, apontaram que o percentual de mulheres negras que iniciam a vida sexual e têm o primeiro filho ainda na adolescência, é maior do que o de mulheres brancas. Na pesquisa de Perpétuo (2000), 13.7% das mulheres negras tiveram a primeira relação antes dos 15 anos, contra 7.2% das brancas, e 33.8% entre 15 e 17 anos, contra 28.3% das brancas. Na pesquisa de Carvalho, Vieira e Paula (2016), o mesmo se repetiu, as negras que relataram terem iniciado a vida sexual e o primeiro filho mais cedo,

muitas na adolescência, foi de 16.2% para menores de 15 anos, contra 9.2% das brancas, e 40.3% entre 15 e 17 anos, contra 39.3% das brancas.

Quanto ao conhecimento sobre o período fértil, as mulheres negras foram as que menos responderam corretamente sobre a duração do ciclo menstrual e o período fértil. Perpétuo (2000) encontrou que apenas 20% das mulheres negras sabiam localizar o período fértil, em contraste com 37% das mulheres brancas, enquanto em Carvalho, Vieira e Paula (2016) 30% das mulheres negras responderam corretamente, contra 46% das mulheres brancas, vale ressaltar que nessa pesquisa, as autoras compararam os achados com dados de 1996, onde os percentuais eram iguais aos encontrados por Perpétuo em 2000.

Outro assunto abordado pelas pesquisas foi o do uso de métodos contraceptivos, o percentual de mulheres negras que nunca usou algum método anticoncepcional, ou começou a controlar a fecundidade com a esterilização é o dobro do percentual de mulheres brancas (PERPÉTUO, 2000), proporção que permanece nos resultados de Carvalho, Vieira e Paula (2016), no qual as mulheres negras estavam em maior proporção entre as que não utilizavam nenhum método contraceptivo e/ou eram esterilizadas. O que corrobora com o colocado pelas autoras (2016) de que tais achados refletem a falta de informação e de acesso das mulheres negras à saúde sexual.

A temática da Saúde Reprodutiva é ampla e envolve aspectos importantes da saúde e do bem-estar das mulheres, por isso a educação em Saúde Reprodutiva é importante para auxiliar na prevenção de complicações e doenças que podem piorar a qualidade de vida e levar à mulher ao óbito. Como visto, ser mulher negra pode acarretar em desigualdades que influenciam na ocorrência de doenças, dessa forma trabalhar a prevenção, através da educação e do autocuidado, com essas mulheres se faz de extrema importância.

## **2.5 A Saúde do Cuidado ao Autocuidado**

Atualmente a definição mais utilizada para saúde é a da Organização Mundial de Saúde (OMS) que a define como um estado conjunto de bem-estar bio-psico-social e espiritual, bem como um estado da vida, ou seja, forma de se levar a vida. Apesar de não existir um conceito exato devido aos traços histórico-culturais que definem o desenvolvimento humano e das organizações, e

acarretam em sua manutenção, a ideia por de trás do conceito mantém como ideal o anseio por uma vida com qualidade para as pessoas (OMS, 1998; PAIM, 2009; ARAÚJO & XAVIER, 2014).

As sociedades organizam seus sistemas de saúde a partir de fatores que influenciam na forma como elas identificam e buscam solução para os problemas de saúde, como fatores econômicos, culturais e políticos. Dessa forma, essa organização se dá a partir de crenças, valores e determinantes sociais que permeiam a sociedade em questão (PAIM, 2009).

No Brasil a partir da reforma sanitária e da constituição de 1988 instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), com a premissa de oferta universal de saúde pública, dessa forma, o acesso à saúde se torna um direito dos cidadãos brasileiros. A reforma sanitária foi impulsionada pela sociedade civil, que visava defender a saúde como uma questão social e política e não apenas biológica que tem sua condução exclusivamente por serviços médicos. Enquanto a constituição de 1988 tem como base a saúde como um direito do cidadão e dever do estado (PAIM *et al.*, 2011).

Com sua implementação iniciada em 1990, ao mesmo ano em que foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), lei essa que especifica suas obrigações e diretrizes, o SUS apresenta atribuições e objetivos que perpassam o caráter curativo da doença ao visar a prevenção em lugar do adoecimento; contemplando também ações de promoção e vigilância em saúde, bem como a garantia de cuidado continuado em todos os níveis de atenção. Assim, o SUS contempla tanto a promoção, quanto proteção e recuperação da saúde (PAIM ET AL., 2011; CARVALHO, 2013).

Segundo Carvalho (2013), a promoção da saúde considera os sujeitos como ativos no processo de sua própria vida e saúde, com sua participação no trabalho de identificação das causas do adoecer. A proteção em saúde, por sua vez, atua a partir de medidas diretas, como por exemplo, os programas de vacinação. Por fim, quanto à recuperação da saúde, o autor (2013) ressalta ser a ação mais evidente, por tratar-se do cuidado àqueles que já estão adoecidos.



Como citado anteriormente, o SUS apresenta três níveis de atenção, os quais ofertam serviços de saúde, que são: O nível de atenção primária, que no Brasil é reconhecido como Atenção Básica; o nível secundário, com serviços especializados e atenção ambulatorial; e o nível terciário, no qual há atuação da atenção hospitalar. Quanto à complexidade, os níveis secundários e terciários são classificados como de média e alta complexidade, representados pela sigla MAC (PAIM, 2009).

A Atenção Básica é desenvolvida com o princípio organizativo da descentralização – na qual a gestão do sistema de saúde passa para os municípios, o que permite uma maior resolubilidade dos problemas de saúde. A Atenção Básica visa a oferta de um acesso universal, serviços abrangentes, além de servir como filtro capaz de organizar o fluxo de serviços nas redes de saúde (PAIM ET AL., 2011; PAIM, 2009).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASÍLIA, 2012, p. 21):

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Assim, a atenção básica busca garantir uma atenção integral ao considerar o sujeito como ser singular e, ao mesmo tempo, inserido socioculturalmente, com a utilização das tecnologias de cuidado considerando as demandas e necessidades de saúde do território. Em vista disso, tal serviço é considerado a porta de entrada de toda a Rede de Atenção à Saúde, com a garantia de um acesso universalizado e contínuo aos serviços de saúde (BRASÍLIA, 2012).

A atenção secundária trata-se dos serviços especializados e de densidade tecnológica intermediária, com a realização de exames complexos, internações clínicas básicas e especialidades como ginecologia, obstetrícia e

pediatria. Assim como o terciário, o nível secundário serve de apoio para a Atenção Básica (CARVALHO, 2013; OLIVEIRA, 2015).

Apesar de ser a que dispõe de maior densidade tecnológica, o nível de atenção terciária não ocupa uma posição hierarquicamente elevada com relação aos demais níveis, uma vez que eles constituem uma relação poliárquica. Ele conta com hospitais em áreas de maior especialização (CARVALHO, 2013; OLIVEIRA, 2015).

Com base na estrutura dos três níveis de atenção e das diretrizes do SUS, nota-se a importância do cuidado para com o sujeito. E por *sujeito*, assim como Ayres (2009) coloca, designa-se a quem se destinam as práticas de saúde por meio de dois tópicos. O primeiro refere-se à *identidade*, postulando o sujeito com necessidades e valores próprios, o que resulta em uma situação particular; o segundo refere-se à *ação transformadora*, que aponta o sujeito como responsável pela sua própria história, um ser transformador. Mas não se podem adotar tais tópicos de forma individual e estanque, pois o sujeito permanece em desenvolvimento conforme suas interações sociais e (re) formulação de sua identidade, além de, como o próprio autor pontua, não existir um sujeito individual.

Ainda segundo o autor (2009, p. 22), comumente ao discutir o tema cuidado em saúde ou cuidado de saúde, pensa-se a partir do senso-comum que considera apenas como um conjunto de procedimentos visando o êxito de certo tratamento. Entretanto, ele pontua o cuidado também como um constructo filosófico em simultaneidade com uma atitude prática, “uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade”.

O cuidar deve perpassar as práticas técnicas, não prendendo-se a elas, o cuidar em saúde é mais do que construir o objeto e intervir sobre ele, envolve dedicação de tempo e consciência da relação entre matéria e espírito, corpo e mente, trata-se da construção de projetos humanos e para tal é preciso saber qual o plano de felicidade do sujeito (AYRES, 2009).

Assim como Ayres, Boff (1999) também considera o cuidado ontológico ao ser humano, parte de sua essência e natureza, o que o define como ser é que, sem ele, o ser humano está sujeito a desestruturar-se, perder o sentido e morrer. A característica singular do ser humano é colocar o cuidado em tudo o que projeta e faz.

Esse afastamento do cuidado em saúde da tecnicidade e aproximação do sujeito perpassa como um consenso por parte dos pesquisadores, que abordam a falta da arte na Medicina devido a muita tecnociência (ou muita tecnociência devido a pouca arte na Medicina) gerada por muito enfoque apenas na ciência (AYRES, 2009); a ausência de um cuidado que está sendo gerado na sociedade atual, ou uma crise civilizacional que é um mal-estar social, e promove descuido e descaso em todos os âmbitos da vida dos sujeitos (BOFF, 1999); e na categoria do cuidado de si como uma obrigação do ser humano, por ser livre e racional, e atividade para além da solidão, uma verdadeira prática social (FOUCAULT; 1985).

Foucault (2006) retrata a temática do cuidado a partir do termo da cultura grega *Epiméleia heautoû*, ou, o cuidado de si mesmo, mas a ênfase do termo não se dá no cuidado como ferramenta da saúde, e sim como conceito filosófico no que concerne o sujeito como ser humano. Colocada como precedente à ideia amplamente utilizada do “conhece-te a ti mesmo”, o cuidado de si quer dizer ocupar-se consigo mesmo.

Ocupar-se de si, de forma que se ocupa com o único elemento que se serve do corpo como um todo e da linguagem, a alma. Assim, é preciso ocupar-se com a alma, dessa forma, cuida-se de si. Para cuidar de sua alma, é preciso conhecer a si, Foucault (2006, p. 86) coloca que o cuidado de si deve se constituir no conhecimento de si, o que remete ao segundo termo citado anteriormente, uma vez que “todo o movimento do pensamento platônico a propósito do cuidado de si consistirá, precisamente, em dispô-las e subordiná-las ao grande princípio do ‘conhece-te a ti mesmo’”.

Ao pensar no cuidado então, pela via filosófica de Foucault e segundo a definição de Boff, podemos verificar a relação entre cuidar para além da medicina, como uma atividade de essência humana, seja para com si ou para

com o outro. Ao praticar o cuidado de si, o sujeito é capaz de cuidar do outro e governar, esse cuidado com o outro pode, então, tornar-se um cuidado que envolve a saúde física do sujeito, e retorna-se às colocações de Ayres sobre cuidado em saúde.

Na enfermagem, outro conceito disseminado é o do Autocuidado, em teoria proposta por Orem entre 1959 e 1985 que envolve a ação humana direcionada a ele mesmo ou ao ambiente a fim de regular as condições de sua vida para garantir o bem-estar. A autora formulou a Teoria de Autocuidado de Enfermagem tendo em mente a enfermeira como “outro eu” (*another self*) para pessoa que está a receber cuidado, a partir desse pensamento que foi constituído o conceito dos sujeitos como agentes de cuidado de si (*individual's as care agents of self*), que gerou o conceito de autocuidado (*self-care*).

Para a autora (1976) a teoria envolve uma grande teoria geral composta por três teorias inter-relacionadas, a Teoria de Autocuidado, a Teoria de Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Bub et al. (2006) resumem as três teorias: a teoria de Autocuidado resume às práticas de cuidado do sujeito para manter a saúde e bem-estar, na de Déficit de Autocuidado esboça a necessidade de cuidado da Enfermagem, enquanto a Teoria de Sistemas de Enfermagem, explica como a Enfermagem ajuda as pessoas.

Bub et al. (2006, p. 155) ressaltam o mesmo já colocado sobre a saúde, nessa perspectiva, sendo um estado de totalidade que envolve não apenas o corpo, mas também as “reações emocionais, desenvolvimento mental, as atitudes e as razões; é um estado de integridade e inteireza que os indivíduos avaliam constantemente”.

Segundo Orem (1976) os sujeitos ocupam papéis de quem necessita de cuidado e de cuidador, e a partir da condição social de dependência do ser humano, nascem os serviços, muitos desses que são institucionalizados na nossa sociedade. A autora completa que a Enfermagem é um desses serviços humanos institucionalizados. Um aspecto importante da teoria é o poder dos sujeitos de cumprirem os seus papéis de agência de autocuidado e agência de cuidado dos dependentes.

Ainda para a teoria (1976), os adultos deliberadamente cuidam de si e de seus dependentes, o déficit de autocuidado surge quando não há essa capacidade por algum motivo, o que ela separa em dois: por idade, como acontece com crianças, ou por saúde e limitações em manter o autocuidado, dessa forma a enfermagem é necessária.

Opta-se por manter o foco na primeira teoria, a de Autocuidado, que a autora coloca como uma ação para o Eu. Os atos de autocuidado são vistos como ações de nível simples, emocional, ou de prazer ou de avaliar a dor. Ele pode tornar-se tão rotineiro e habitual que nós o realizamos sem perceber em coisas que fazemos normalmente pelo dia, entretanto o autocuidado é uma ação que responde às necessidades humanas básicas, necessidades essas que são definidas tanto de forma subjetiva quanto objetiva ao sujeito (OREM, 1976).

Tais ações possuem três requisitos que são desenvolvidos pelos sujeitos com objetivo de controlar os fatores de desenvolvimento humano, que são: requisitos universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Os requisitos universais são aqueles comuns a todos os seres humanos, presentes durante todas as etapas do desenvolvimento, são aquelas associadas aos processos vitais, manutenção da integridade e funcionamentos do ser humano e seu bem-estar. Os requisitos de desenvolvimento são aqueles responsáveis por suportar e regular o processo de desenvolvimento humano. Por fim, os requisitos de autocuidado de desvio de saúde são associados às desordens físicas, psicológicas ou de funcionalidade humana, que produzem efeito nas medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento (OREM, 1993; SILVA, 2011)

Queirós (2010) pontua que o autocuidado é uma capacidade inerente do ser humano que exige certo grau de autonomia, e assim como Orem (1993) propõe, ela é universal e está presente em todas as etapas vivenciais da vida. As competências para realização desse autocuidado são adquiridas a medida que nos desenvolvemos e permitem nossa autonomização.

Para o autor (2010, p. 7) nos autocuidamos para satisfazer necessidades, e quando não conseguimos nos adaptarmos a vários processos de transição precisamos de autocuidado terapêutico que nos ajudam nesses procedimentos. Esses são “fornecidos por agentes de autocuidado com ações

deliberadas, adquirindo autocuidado estimativo, autocuidado transitivo e por fim autocuidado produtivo, com vista à recuperação do bem-estar”.

Dessa forma, de acordo com a teoria (OREM, 1993; QUEIRÓS, 2010), o autocuidado seria uma atividade voluntária e intencional primeiramente individual do sujeito para manter sua saúde, bem-estar e suprir suas necessidades básicas, podendo contar com a Enfermagem ao surgir o déficit para manter esses cuidados. Desde a atividade de alimentar-se para manutenção do funcionamento humano, até técnicas preventivas para manter a saúde (como realização de exame ginecológico), o autocuidado perpassa pela vida dos sujeitos, mesmo daqueles que são dependentes ao cuidado do próximo.

Se analisarmos o autocuidado sob a perspectiva da mulher negra, podemos supor que a necessidade de autocuidado se acentua não apenas pela vulnerabilidade às doenças de maior ocorrência na população negra, mas também por estarem na base da pirâmide social, mais sujeitas à: pobreza, nível inferior de escolaridade; além de outras formas de desigualdade por sua cor de pele (BARATA, 2009; LIMA E VOLPATO, 2014) Dessa forma, torna-se necessária uma análise acerca da saúde da mulher negra e seu autocuidado.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar as concepções de mulheres negras em vulnerabilidade socioeconômica de um bairro da Zona Noroeste/Santos sobre autocuidado em saúde reprodutiva.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analisar as práticas de autocuidado, déficit de autocuidado e busca por atendimento ginecológico;
- Investigar o conhecimento acerca da raça e sua relação com saúde reprodutiva;
- Investigar conhecimento em saúde reprodutiva.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de Estudo

O presente estudo trata-se de uma Pesquisa Qualitativa, método amplamente utilizado em pesquisas de Saúde Coletiva, que se caracteriza pela busca de um conhecimento aprofundado e do entendimento do contexto de algum fenômeno, ao permitir a observação de diversos elementos de pequenos grupos ao mesmo tempo e a explicação de comportamentos. Trata-se de um método embasado na compreensão experiencial, que leva em consideração o ponto de vista de quem lhe presta a informação (VÍCTORA, KNAUTH E HASSEN, 2000; STAKE, 2011; DYNIEWICZ, 2014).

A Pesquisa Qualitativa trabalha com uma visão de dentro do grupo pesquisado, sempre um grupo que é escolhido a partir de critérios definidos previamente levando em consideração os objetivos pretendidos, para tal, é necessário um conhecimento acerca do contexto o qual será investigado (VÍCTORA, KNAUTH E HASSEN, 2000).

Stake (2011) e Bosi (2012) colocam-na como uma abordagem reconhecida pela integridade de seu pensamento, além da interdisciplinaridade, principalmente no caso da Pesquisa Qualitativa em Saúde Coletiva. Dentro da área de Saúde Coletiva, apesar da aceitação da abordagem qualitativa por muitas áreas, Knauth e Leal (2014) defendem que alguns temas ainda são predominantemente quantitativos, tratam-se de temas relativamente novos como avaliação de serviços ou programas de saúde, e políticas públicas.

### 4.2 Local de Coleta

As entrevistas têm sido realizadas em um bairro na Zona Noroeste, na cidade de Santos, litoral de São Paulo, na casa das participantes, com privacidade para tais, uma vez que o contato com as mesmas se deu de forma mais facilitada em suas residências. Por esse motivo se pensou em evitar determinados temas e o objeto a partir dessas condições foi refinado.

O estudo foi composto por 19 mulheres com idades entre 22 e 59 anos, todas residentes de bairro localizado na Zona Noroeste de Santos. A cidade de Santos localiza-se no litoral do estado de São Paulo e de acordo com o censo



de 2010 do IBGE conta com população de 433.153 mil pessoas, sendo a cidade mais populosa da Baixada Santista. Mendes et al. (2014) ressaltam que a cidade ocupa o terceiro lugar no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado de São Paulo, apesar da região possuir níveis de desigualdades expressivas na Zona Noroeste, ao que se vê mais claramente pelo Índice Gini que, em 2010, constatou como o grau de concentração de renda estava em aumento, o que indica como as pessoas pobres possuem cada vez menos posse de renda, ao contrário dos mais ricos, que aumentam suas posses.

A Região da Zona Noroeste compreende 12 bairros com cerca de 100 mil pessoas (MENDES et al., 2014), o bairro no qual foi realizada a presente pesquisa tem como característica moradias em palafitas, que são “casas/barracos de madeira e material aproveitado, construídos em estacas sobre a água, uma ao lado da outra, formando corredores suspensos e conglomerados instáveis” nos quais o acesso ocorre por meio de ‘becos’ numerados que se dividem por entre as construções (MARINHO et al., 2013, p. 651). As moradias possuem problemas de infraestruturas, falta de acesso a saneamento básico e estão sujeitas às oscilações das marés que muitas vezes causam inundações (INSTITUTO PÓLIS, 2013; MENDES et al., 2014), o que foi possível observar durante a inserção no campo de pesquisa.

#### 4.3 População

A coleta de dados se deu por meio de seleção intencional dos participantes em abordagem direta durante a incursão no bairro de pesquisa, o que ajuda o pesquisador a entender o problema e questão de pesquisa, conforme compreende a realidade e as dinâmicas daquela população (CRESWELL, 2010).

A pesquisa contou com uma população de mulheres negras (pretas e pardas), acima de 18 anos, usuárias do serviço público de saúde na Unidade de Saúde da Família do Bairro Jardim São Manoel, atendidas pela Estratégia de Saúde da Família, e residentes da cidade de Santos há pelo menos dois anos. Este tempo estimado pelas pesquisadoras foi suficiente para que elas tivessem ao menos um acesso aos serviços de saúde.

A definição do número de participantes considerou o critério de saturação dos dados, uma ferramenta utilizada para fechar o tamanho de uma amostra de estudo quando, a partir da percepção do entrevistador quanto às entrevistas, os dados coletados se repetem ou surge redundância, permitindo às pesquisadoras interromper a coleta de dados (FONTANELLA, RICAS E TURATO, 2008; YIN, 2016).

#### 4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Incluíram-se na pesquisa apenas mulheres que se declararam como negras (pretas e pardas) e com idade superior a 18 anos, e residentes do bairro de pesquisa na cidade de Santos por ao menos dois anos.

Era critério de exclusão àquelas que se autodeclararam como brancas, e possuíam alguma dificuldade cognitiva, porém o estudo não sofreu perda de população.

#### 4.5 Instrumento e Procedimentos de Produção de Dados

Segundo Stake (2011) e Dyniewicz (2014), a entrevista tem como finalidade a obtenção de informações verbais e informações singulares, buscando atender aos propósitos da pesquisa, auxiliar na coleta de dados e a obter interpretações amparadas pela pessoa entrevistada. Realizou-se entrevista semiestruturada, com perguntas abertas e fechadas com eixos temáticos (Apêndice A). Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos e da Coordenadoria De Formação E Educação Continuada (COFORM), foram convidadas mulheres pertencentes à rede atendimento da unidade, com auxílio e indicação das Agentes de Saúde. As entrevistas foram realizadas individualmente em local reservado, escolhido em comum acordo entre participantes e pesquisadoras, ocorridas nas residências das mesmas por preferência das entrevistadas.

As entrevistas tiveram início após explicação de todos os aspectos previstos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assinatura do Termo por parte das entrevistadas. Todas as entrevistadas permitiram o registro das entrevistas em gravador de voz, para uso exclusivo na pesquisa.

Após as entrevistas, essas foram transcritas e analisadas, após a defesa final, será realizada devolutiva à instituição participante.

#### Procedimento de inserção no campo

A inserção no campo de pesquisa deu-se por contato com o Coordenador da Unidade Básica de Saúde do bairro e com a equipe para apresentação do projeto e esclarecimento de dúvidas, em seguida iniciaram-se observações realizadas na unidade na Recepção e Sala de Espera.

Com base nas observações realizadas em diferentes dias e horários, pode-se perceber, através do observado e das falas de pacientes, algumas demandas trazidas pelas mulheres frequentadoras da unidade, das quais dentre as observadas pode citar: preservativo, anticoncepcional injetável, pílula do dia seguinte, exame de gravidez e, conforme relatado pelos funcionários da recepção, aumento dos casos de sífilis – inclusive transmissão vertical – entre as atendidas da unidade.

A partir desses dados optou-se por abordar a temática da Saúde da Mulher com olhar para a Saúde Reprodutiva que engloba as questões que mais se fizeram presentes durante o período de observação tanto pelo presenciado, como pelas falas das Agentes Comunitárias de Saúde e demais funcionários.

Durante a construção e teste do roteiro de entrevista, foi possível conhecer o território com auxílio das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), com o objetivo de ter maior conhecimento e consciência da proporção do território e também para levantar interessadas em participar da pesquisa.

Dessa forma, conheceu-se o território que é constituído por ruas asfaltadas e casas de alvenaria, mas também por vielas com pontes e palafitas de madeirite (Figura 2-3). O local é mais facilmente acessível com a ajuda das ACS (total de oito ACs, sendo que cinco auxiliaram na pesquisa) por essas morarem no bairro e, muitas vezes, conhecerem a população não apenas pelo trabalho e sim por sua convivência.

Figura 2 – Visão interna do bairro de pesquisa



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 3 – Vista externa do bairro de pesquisa



Fonte: Arquivo pessoal

Percebeu-se que ao ser apresentada pela ACS, a pesquisadora teve uma recepção melhor por parte das moradoras do que durante as tentativas de

aproximação durante a fase de observação na UBS. O que pode se dar não apenas pela companhia da ACS, mas também por estar no ambiente externo à Policlínica (UBS).

Durante as visitas ao território as ACS indicaram algumas mulheres que acreditavam se encaixar no perfil inicial da pesquisa: mulheres negras. Com essas mulheres foi feito um contato inicial, a ACS em sua familiaridade com as mulheres, na maioria das vezes perguntaram de que raça/cor a mulher se considerava, conforme a resposta era apresentada a pesquisadora e por fim a pesquisa para verificar se esta possuía interesse em participar.

Com o primeiro roteiro pronto, realizaram-se duas entrevistas pilotos que foram feitas dentro da UBS em uma sala reservada. Entretanto, a pesquisadora identificou que estar no ambiente da UBS induzia a algumas respostas por parte das mulheres, que ressaltavam os benefícios do serviço prestado no local, mesmo tendo sido esclarecido que a pesquisa não tinha relação direta com a UBS.

Ao unir esse dado com o percebido nas observações, onde as mulheres também não permitiam serem abordadas ou permanecer mais tempo do que o necessário na unidade optou-se por uma tentativa de realizar as entrevistas nas casas das mulheres, uma vez que facilitaria também o acesso a elas, pois algumas delas possuíam dificuldades para sair de casa.

Os instrumentos de pesquisa foram remodelados a partir do encontrado nas respostas das entrevistas pilotos da primeira fase que mostrou a necessidade de alteração também nas perguntas, e com isso, passou-se para a segunda fase de entrevistas pilotos, dessa vez, na residência das moradoras.

O fato de ser na residência dessas mulheres apresentou algumas condições que não apareceriam em um ambiente controlado como uma sala da UBS. Como por exemplo: em dias de chuvas as caminhadas com as ACS para realização de entrevistas eram desmarcadas por dificuldade de acesso ao local em caso de a maré subir; crianças e outros familiares presentes na residência durante a entrevista, a interferência de visitas e carros de som durante a entrevista.

Essas interferências que se tornaram conhecidas na 2ª fase de pilotos foram analisadas e estratégias para diminuir ou evita-las foram desenvolvidas.

#### 4.6 Análise de Dados

A análise foi realizada através da Análise de Conteúdo sistematizada por Bardin, que a define como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, através de procedimentos temáticos e objetivos para descrever o conteúdo das mensagens e obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2011).

#### 4.7 Aspectos Éticos

Cuidado para não revelar as identidades das participantes, sejam ACS ou entrevistadas. E não produzir dados de modo a contribuir para a estigmatização do território, bairro e comunidade. Submetido ao Comitê de Ética da Unisantos e pela COFORM (prefeitura de Santos).

#### 4.8 Riscos e Benefícios

Riscos: A presente pesquisa oferece risco de fadiga e de constrangimento moral que poderão ser minimizados com a interrupção das entrevistas. Ressalta-se que as pesquisadoras são psicólogas, o que permite um cuidado adequado na abordagem do tema. Se for necessário, ou a participante solicitar, poderá ser encaminhada para serviço de atendimento psicológico do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Benefícios: A partir do conhecimento de vivências e percepções acerca da Saúde da Mulher Negra e como se dá o seu acesso, será possível produzir conhecimento acadêmico que possa contribuir com a temática.

## 5. RESULTADOS

**Tabela 1 – Dados Sociodemográficos das Participantes**

NOME	IDADE	RAÇA/COR	FILHOS	RESIDE	ESCOLARIDADE	BENEFÍCIO	OCUPAÇÃO
E1	27	Negra	Dois	Filhas, irmão, cunhada e mãe	E. M. Completo	P.B.F.	NÃO
E2	27	Negra	Dois	Marido e Filhos	E. M. Incompleto	P.B.F.	Manicure
E3	59	Morena/Parda	Sete	Um filho e nora	E.F. Incompleto	P.B.F.	NÃO
E4	47	Parda	Três	Esposo	E.F. Completo	NÃO	Auxiliar de serviços gerais
E5	22	Negra	1ª Gestação	Tia e primas	E.M. Completo	NÃO	NÃO
E6	29	Negra	Dois e 3ª Gestação	Marido e filhos	E.F. Incompleto	P.B.F.	Diarista
E7	48	Preta/Negra	Dois	Filhos	E.F. Incompleto	NÃO	Vendedora
E8	39	Negra	Um	Marido e Filha	E.M. Incompleto	P.B.F.	Diarista
E9	35	Negra	Dois	Marido e Filhos	E.M. Completo	P.B.F.	NÃO
E10	35	Morena/Parda	Três	Marido e Filhos	E.M. Completo	P.B.F.	NÃO
E11	31	Negra	Dois	Filhos	E.M. Completo	P.B.F.	Faxineira
E12	35	Parda	Dois	Marido e Filhos	E.M. Completo	NÃO	Designer de Sobrancelha
E13	33	Negra	Três	Marido	E.M. Completo	P.B.F.	Ajudante de Cozinha
E14	37	Negra	Quatro	Marido e Filhos	E.F. Incompleto	NÃO	NÃO
E15	26	Parda	Um	Marido e Filha	E.F. Incompleto	P.B.F.	NÃO
E16	33	Negra	Cinco	Marido e Filhos	E.S. Cursando	P.B.F.	Professora Infantil
E17	40	Parda	Dois	Mãe e Filhos	E.M. Completo	P.B.F.	NÃO
E18	37	Negra	Um	Pai e Filha	E.F. Completo	P.B.F.	NÃO
E19	38	Negra	-	Pais	E.M. Completo	NÃO	Área Operacional

Fonte: Dados da Pesquisa

O critério raça/cor, a partir do sistema de autodeclaração do IBGE, obteve 13 declarações na categoria Negra e seis na categoria Parda, com duas citações da categoria Morena, que não está inclusa no critério do IBGE, tal categoria apareceu quando perguntado de forma aberta com qual raça/cor a mulher se identificava, ao que depois foi solicitado que se identificasse quanto aos critérios do IBGE. Buscou-se utilizar esse critério de categorização a fim de padronizar a informação, uma vez que apenas a pergunta aberta quanto à raça/cor poderia gerar diversas categorias e termos.

Nem todas as mulheres afirmaram prontamente sua raça/cor quando perguntado de maneira aberta, algumas levaram alguns segundos e chegaram a estender os braços para olhar à própria pele antes de responder. A maioria se autodeclarou Negra (ou Preta), mas mesmo entre essas foi possível observar a dúvida que a autopercepção de raça/cor acarreta, o que se presume possa ser por uma busca de concordância da entrevistadora.

Quanto a possível hesitação ou dúvida identificada pela pergunta, Munanga e Gomes (2016, p. 173) colocam como a pergunta ‘qual é a sua raça?’ pode ser interpretada com estranhamento e até mesmo receio, o que pode definir a forma como é recebida e respondida, dependendo da “situação em que é feita, por quem é feita e para quem é feita, pois ela nos remete a um campo complexo de relações estabelecidas entre negros e brancos em nosso país”. Mesmo a entrevistadora se identificando como negra, o que poderia facilitar a autoidentificação com a cor, a hesitação se mostrou presente, mas para presumir o motivo de tal é preciso analisar também o contexto social e de criação dessas mulheres, para compreender até que ponto elas se familiarizam com a cor preta, uma vez que sabe-se de todo o tabu entorno do “ser preto”.

É importante ressaltar que apesar do termo “Raça” ser utilizado pelo IBGE, o critério de autodeclaração não leva em consideração o genótipo da pessoa e sim seu fenótipo – aparência e cor de pele. A ideia de raça cunhada



como forma de classificar seres humanos em superiores ou inferiores pode ter partido do conceito utilizado para definir espécies animais de origem comum, características e potencialidades físicas relativas a cada raça, entretanto ela foi utilizada como justificativa para supremacia racial dos brancos (MUNANGA; GOMES, 2016).

De acordo com Alves, Jesus e Diaz (2017) é preciso problematizar a autodeclaração em sua característica fenotípica da cor da pele como principal forma de definir raça/cor, principalmente na saúde na qual passa a ideia de que a raça da pessoa apresentará características da natureza da mesma. Para Munanga e Gomes (2016, p. 176) raça é uma categoria de “construção social, política e cultural produzida no interior das relações sociais e de poder ao longo do processo histórico”. Uma vez que no Brasil percebe-se a categoria por base da cor da pele e nos traços físicos ao invés da descendência da “espécie”, o termo se torna em partes ineficaz quando busca características biológicas na saúde da população negra.

Poucas são as doenças que são frequentes na população negra por serem geneticamente determinadas, como a anemia falciforme, o que enfraquece o discurso de determinismo biológico e genético naturalizado na época pós-abolição para inferiorizar o negro. É preciso atentar-se mais as demais classificações de doenças e agravos frequentes na população negra, classificadas pelas Nações Unidas em 2001, que são as doenças adquiridas, derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis; àquelas de evolução agravada ou tratamento dificultado, e as de condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas (WERNECK, 2016). Nessas, os determinantes sociais estão presentes para influir no surgimento ou agravo da doença. O que mostra que a autodeclaração baseada em características fenotípicas auxilia mais na percepção das inequidades em saúde produzidas pelo lugar social do negro, do que por alguma determinação do que seria chamada espécie.

Quando se pensa em raça/cor como determinante social de saúde, diferente da visão biológica, a importância da coleta da categoria é visível, assim como colocado pelo Painel Temático do Ministério da Saúde sobre Saúde da População Negra (2016), ela auxilia no monitoramento das desigualdades raciais em saúde, o que a torna uma ferramenta importante inclusive para a formulação

de políticas públicas e avaliação da equidade na utilização dos serviços de saúde.

Entretanto, o tema da categorização raça/cor pode ser mais complexo do que o aparente, uma vez que algumas morbidades são mais prevalentes na população negra, alguma delas ainda sem causa descoberta que pode possuir causa/associação com a raça. Ademais, uma ressignificação da questão é utilizada também como demonstrativo das iniquidades que o âmbito social e histórico proporcionou à população negra (MUNANGA; GOMES, 2016; ALVES; JESUS; DIAZ, 2017).

Quanto à escolaridade, observou-se um equilíbrio entre as participantes que concluíram o Ensino Médio (nove mulheres com Ensino Médio completo e uma com Ensino Superior Cursando) e as que não concluíram essa etapa de estudo (duas com Ensino Médio Incompleto, duas com Fundamental Completo e cinco com Fundamental Incompleto).

De acordo com o IBGE (2010) a tendência de pessoas frequentando a escola estava em queda em Santos, principalmente em áreas socialmente vulneráveis, como a Zona Noroeste. Segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano (2014), os dados do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal com desagregação por raça, mostra que em Santos de 2010 o percentil de negros acima de 18 anos com Ensino Médio Completo era de 45,80%, bem abaixo do percentil de pessoas brancas (73,64). Números baixos e que ainda não continham informações desagregadas de raça em conjunto com sexo, que se presume iria diminuir bem mais o percentil de mulheres negras devido à natureza histórica de como as desigualdades e suas intersecções afetam a vida das mulheres negras.

Nesse estudo, 10 das entrevistadas possuíam Ensino Médio Completo (o que incluía o Ensino Superior Incompleto ou Completo), o que mostra como, apesar de toda a adversidade de local de moradia e renda, o estudo ainda esteve presente na vida dessas mulheres. Uma hipótese para tal ocorrência é a influência dos programas de transferência de renda, como o Bolsa Família, que possui entre os eixos principais o reforço do acesso a direitos básicos como a educação. Em artigo para publicação de comemoração de uma década do

Programa Bolsa Família, Craveiro e Ximenes (2013) avaliaram as taxas escolares após implementação do programa; quanto ao Ensino Médio, encontraram taxa de abandono menor, e taxa de aprovação maior por entre os estudantes de família beneficiárias do Programa Bolsa Família quando comparado com os demais alunos da rede pública de ensino, o que mostra como o programa contribuiu para a permanência na escola.

Em conteúdo online escrito por Kesley no ano de 2018, com base no levantamento do Todos Pela Educação dos dados do IBGE, encontrou-se uma diferença de 14 pontos percentuais entre negros e brancos, o que coloca os negros em posição de atraso escolar ou fora da escola. O quesito raça exerce influência na escolaridade, assim como demonstrado por Fernandes (2001) em sua pesquisa longitudinal que tinha como objetivo investigar os determinantes da estratificação educacional no Brasil, cobrindo um período de mais de 80 anos, a variável de raça é relevante à medida que as transformações socioeconômicas ocorridas por esse período (como a industrialização) diminuem os efeitos da maioria dos determinantes de estratificação social, porém o oposto ocorre quando se trata do efeito direto no determinante de raça, além de ser o único determinante de estratificação educacional que não apresenta um padrão decrescente.

Dessa forma, a autora (2001, p. 47) conclui que apesar das transformações econômicas advindas do processo de industrialização, essas “não minoraram os efeitos das origens socioeconômicas nem da raça. De fato, existem fortes evidências que os efeitos de ter nascido negro ou o pardo aumentou com o desenvolvimento econômico”.

A escolaridade e raça são dois determinantes importantes em saúde, uma vez que ambos são indicadores de saúde capazes de colocar a pessoa em situação de risco, assim como Pacheco et al. (2018) constataram em sua pesquisa de estudo transversal com 5.200 participantes, realizada em uma maternidade de Joinville para avaliar a associação da raça/cor com os desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. O estudo encontrou diferenças significantes quando comparado raça/cor com baixa escolaridade e ressalta como tal indicador, entre outros, é determinante do estado de saúde de populações.

Em consonância, Valverde e Stocco (2009) ao analisarem a diferença de escolaridade entre crianças brancas e negras verificaram que não se pode analisar um fator isolado para justificar resultados quanto ao nível de escolaridade. Não basta apenas verificar a qualidade de ensino das instituições, sem levar em consideração determinantes como: renda, moradia e a relação racial – promotora de desigualdades raciais na educação.

Em virtude disso, buscou-se coletar a variável renda, porém algumas das mulheres não souberam informar o valor médio de Renda Individual ou Familiar, assim, apenas foi possível verificar quantas possuíam acesso à programas de assistência social, que resultou em 13 mulheres beneficiárias do programa Bolsa Família, por cumprirem os critérios para aquisição do benefício. Para ser beneficiária do programa a família precisa estar em vulnerabilidade socioeconômica, “situação de pobreza extrema [...] com renda mensal per capita de até R\$100,00 e R\$50,00, respectivamente” (BRASIL, 2004). Esse critério nos permite dimensionar a situação financeira das mulheres entrevistadas.

É importante associar a variável de gênero nas políticas públicas para poder compreender como as desigualdades de gênero podem agravar situações de pobreza e precariedade para a população feminina. E, além disso, coloca-se raça como fator de importância igualmente, ao que Bento (2016, p. 27) ressalta, “a pobreza tem cor, qualquer brasileiro minimamente informado foi exposto a essa afirmação, mas não é conveniente considera-la”. Receber benefícios de transferência de renda como o Bolsa Família podem auxiliar na autonomia de mulheres que se encontram em vulnerabilidade socioeconômica (VIEIRA, 2017) e como citado anteriormente, contribuir com a permanência na escola. Arruda (2017) ressalta esse ponto, em sua pesquisa com 16 mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) em São Luís do Maranhão, onde verificou como as mulheres são as principais beneficiárias do programa, o que lhes garante maior poder de decisão e, por sua vez, as faz sentir-se mais valorizadas.

Assim como em outras pesquisas com mulheres beneficiárias do PBF (VIEIRA, 2017; ARRUDA, 2017), o perfil familiar identificado era variado, com mulheres chefes de família, sendo ou não casadas, mas sempre com a problemática de como a falta de uma ocupação em regime registrado. Dentre as

entrevistadas, 10 possuíam uma ocupação (registrada ou autônoma) no momento da pesquisa, dentre elas, seis eram beneficiárias do PBF.

Outro ponto a se considerar quanto à situação socioeconômica das entrevistadas, diz respeito à moradia (Figuras 4-5). Segundo, Lima e Oliveira (2011), a ocupação das áreas de manguezais, que é o caso da população pesquisada, apresenta diversas dificuldades como a mobilidade, eliminação de resíduos e interferência dos processos naturais nas condições das habitações, ademais, com a urbanização e aumento da população, as terras da cidade valorizaram e aumentaram de preço, o que criou um quadro de segregação socioespacial, uma vez que levou a população de baixa renda a ocupar as áreas de manguezal pelo fácil acesso ao trabalho e o baixo preço da terra.

Figura 4 – Vista interna do bairro de pesquisa 2



Fonte: Arquivo Pessoal

Figura 5 – Vista externa do bairro de pesquisa 2



Fonte: Arquivo pessoal

Já em 1990, essa segregação socioespacial era visível na cidade de Santos com a movimentação da população de baixa renda para áreas periféricas, o que ocasionou na ocupação maior dos manguezais e construção de palafitas. De acordo com as autoras (2011, p. 9), muitos dos habitantes das áreas de manguezais da Baixada Santista “de certa forma pressionados a viver de forma insalubre no local, por falta de recursos financeiros para obter um loteamento legalizado”.

Em consideração, todas as questões repassadas convergem para contextualizar a situação sociodemográfica das participantes da pesquisa, uma vez que, a segregação socioespacial que leva as pessoas a morarem nas áreas de manguezais, contribui para sua exclusão, por não possuírem o mesmo acesso à saúde, emprego e escolaridade (LIMA, OLIVEIRA, 2011). Novamente se percebe como todas as variáveis atuam como determinantes sociais da saúde dessas mulheres negras, não podemos apenas desarticular e analisar raça, ou renda ou escolaridade, uma vez que há uma teia de intersecções que atuam no viver e adoecer dessas mulheres.

Com a contextualização sociodemográfica das entrevistadas, é possível compreender melhor como se dá o viver dessas mulheres e, principalmente, o seu cuidado em saúde, dentre tanto entraves como os apresentados, como essas mulheres se organizam para a vida diária e para cuidar da saúde da mulher.

A partir de análise dos conteúdos encontrados foi possível definir categorias preliminares empíricas e, posteriormente, categoria de análise finais, que são:

Quadro 2 – Categorias de Análise

Categorias Analíticas	Categorias Empíricas
Aspectos Individuais	Saúde é “tudo” e “prevenir” Necessidade de Cuidado Hábitos Saudáveis e Chás/Banhos
Aspectos Sociais	Relação entre Saúde e Raça/ Senso Comum Gravidez
Aspectos Programáticos	Não ter Doença/ Saúde Curativa Cuidado centrado ao profissional

Fonte: Dados da Pesquisa

A categorização baseou-se nos três aspectos de vulnerabilidade, separando-se pelos aspectos individual, social e programático da saúde e do autocuidado para as mulheres entrevistadas. Com base na interseccionalidade em que essas mulheres se encontram, suas concepções acerca das temáticas analisadas podem demonstrar se estão mais ou menos vulneráveis ao adoecimento.

### 5.1 Aspectos Individuais

Nessa categoria, buscou-se analisar os aspectos individuais no que concerne à saúde e ao autocuidado em saúde reprodutiva para as entrevistadas. Esses aspectos tomam como base o modo de vida das pessoas que podem contribuir ao adoecimento ou protege-las, o nível de conhecimento disposto

pelas pessoas e a capacidade de elaborar tais informações, incorporando como prática de prevenção (AYRES, 2006).

A questão da saúde apareceu em grande parte como sinônimo de ausência de doença, apesar de considerar-se saúde de forma ampla como um estado de bem-estar em todos os âmbitos da vida, muitas das entrevistadas associaram a saúde com o oposto de doença, logo, se não tem doença, tem saúde. Já em 1998, Lewis discorre sobre a incerteza que cerca a verdadeira aplicação dos termos saúde e doença, principalmente para verificar o indivíduo saudável ou doente. Se pensa na saúde apenas no bem estar físico, não considerando os âmbitos emocionais e psicológicos, essas mulheres podem tornar mais vulneráveis ao adoecimento psíquico, por não reconhecê-lo como possível.

#### **5.1.1 Saúde é “tudo” e “prevenir”**

*“Saúde é tudo pra mulher” [E1].*

*“[Saúde] É tudo, se não tiver não temos nada” [E19].*

A ideia de saúde apareceu como central para essas mulheres, 10 delas responderam, quase que automaticamente, que saúde é “tudo”, com as definições alternando conforme incentivadas a falarem mais sobre o assunto.

Elas apresentaram interesse na manutenção da saúde e conhecimentos sobre alguns aspectos da saúde para além do bem-estar físico, com a menção de hábitos saudáveis e necessidade de cuidado, algumas das mulheres se referiram à saúde no âmbito mental e no bem-estar. Como exibido nos trechos:

*“Saúde é se manter saudável, procurar sempre o melhor para nós” E17.*

*“[...] mulher é de fases, mulher tem problemas ginecológicos, tem que estar com a saúde mental boa, é um conjunto de coisas. [...] tipo assim, relacionamento com o parceiro, se a mulher não tiver bem mentalmente, não vai ficar bem com o marido ou namorado” [E2].*

*“[...] se cuidar do corpo, ver se tem alguma doença, se arrumar...” [E10].*

*“Cuidar como pessoa, como se deve a saúde, não sei não” [E18].*



Também encontrou-se uma associação entre a violência doméstica e a saúde, principalmente, saúde da mulher. Conforme a fala da Entrevistada 11, que diz:

*“[...] isso é pras mulheres se prevenirem mais sobre isso, sim porque hoje a gente tem nossa opinião e a gente tem que querer um teto sem ser maltratada, viver bem solteira sem ser maltratada e principalmente sem doenças” [E11].*

Na pesquisa de Fertoni e Pires (2010), sobre concepção de saúde de usuários da Estratégia de Saúde da Família da região Sul do país, com 19 entrevistados, também surgiram variações dessa categoria, no qual os entrevistados relatavam sua percepção de saúde como bem-estar, bem-viver, qualidade de vida, hábitos saudáveis, dentre outros.

Associado ao reconhecimento da saúde como algo amplo que pode ir além do biomédico, as falas também trazem a importância da prevenção como forma de manutenção da saúde, quase como sinônimo: saúde é necessária, se prevenindo se torna possível ter saúde.

Porém, concorda-se com o escrito por Júnior e Guzzo (2005) de que definir prevenção apenas como “evitação de doença” trata-se de um reducionismo, diante disso, parte-se do conceito de Prevenção primária para entender as falas e práticas das entrevistadas. A prevenção primária surge no campo da saúde pública e refere-se “à ação que busca evitar a incidência de doenças” (JUNIOR; GUZZO; 2005). Ainda de acordo com os autores, a prevenção tem enfoque em grupos e não em indivíduos, mas suas ações, mesmo que para o coletivo, visam interferir positivamente na vida e saúde dos indivíduos, com intervenções antes do adoecimento, para que este não ocorra.

*“[...] acho que a mulher tem que se cuidar e se prevenir, né” [E19].*

E como elas entendem essa prevenção?

*“Prevenção, prevenção do colo do útero, prevenção, como é que se fala?, sobre o câncer de mama, prevenção sobre o abuso do homem sobre a mulher, e o abuso que as mulheres sofrem com seus companheiros, namorado. Isso, é pras mulheres se prevenirem mais sobre isso” [E11].*

*“Se cuidar, se prevenir de várias doenças. Não quer ter filho se previne usa preservativo, operação, tem o DIU, tem também aquele chip de coloca na pele, se previne. Tem como a gente tá correndo atrás de médico referente ao corpo, a gente mesmo se tocando se ver qualquer coisa diferente corre no médico pra se prevenir de várias formas, mesmo com um companheiro fixo, não sabe como é lá fora, como tem vários casos de marido que trai a mulher não sabe se ele usou preservativo, a pessoa pode estar com alguma doença e acaba passando pra companheira do lar, essas coisas assim” [E14].*

Assim como ressaltado na última fala com a frase *“se ver qualquer coisa diferente, corre no médico pra se prevenir”*, Berlinguer (2009), ao analisar os aspectos éticos da prevenção, colocou como um dos privilégios éticos o seu juízo antecipatório com objetivo de intervir para evitar um dano.

Nas falas, a prevenção é associada à relação biomédica com o corpo e carrega questões de saúde reprodutiva, mesmo sem necessidade de direcionamento para esse campo, o que mostrou como a ideia de saúde voltada à mulher é relacionada com a de saúde reprodutiva, mesmo que elas não a percebam. Outras necessidades de prevenção, como a prevenção a violência doméstica, surgiram nas falas ligadas ao bem-estar psicológico e não apenas ao físico.

Se pensarmos na definição das mulheres para saúde como central e na prevenção mais voltada ao corpo, podemos levantar algumas hipóteses para explicar o porquê de a saúde surgir como central. A saúde surge como “tudo”, uma vez que essas mulheres – muitas chefes do lar, mães e mantenedoras da família – possam ter grandes responsabilidades que não lhes permite interromper suas rotinas para cuidarem de alguma doença física.

Já ressaltado anteriormente, de acordo com Azarias (2016), as mulheres negras se encontram na base da pirâmide social, muitas colocadas em situação de subserviência que as fazem precisar lutar diariamente pelo sustento de suas comunidades.

Em outra perspectiva, percebe-se que na fala das entrevistadas, apesar de qualquer adversidade a qual estejam sujeitas, existe um tom otimista em suas concepções, com o pensamento de colocar saúde como a necessidade de se

arrumar, cuidar não só do corpo, etc, que pode ser considerado um caráter protetivo.

### **5.1.2 Necessidade de Cuidado/ Hábitos Saudáveis e Chás/Banhos**

O aspecto individual de autocuidado em saúde reprodutiva surgiu na fala das mulheres através da necessidade de cuidado, podendo ser por meio de manutenção de hábitos saudáveis e uso de chás/banhos com folhas naturais.

*“Ah é essencial, se cuidar” [E13]*

O Cuidado surgiu na fala das entrevistadas como algo necessário para a saúde. Essa necessidade de cuidado é tanto focada no aspecto biomédico, quanto em outros aspectos da vida que, segundo as mulheres, também iriam interferir na saúde, mas destaca-se a concepção para além do caráter biomédico.

*“Além de eu me cuidar como mulher, ter sempre acompanhamento se eu tiver dúvidas, com a médica” [E06]*

*“Cuidar como pessoa, como se deve a saúde, não sei não [E18].*

*“[...] é isso, a gente tem que se cuidar, aprender a se amar, nós como mulher” [E14].*

“Se cuidar como mulher”, “Cuidar como pessoa”, “Aprender a se amar”, são ações que vão além do binômio saúde-doença, mas o são técnicas de autocuidado ou, como Foucault coloca, Cuidado de si, no que ele analisar ser a concepção da Era mais moderna no Século I e II. Segundo o autor (1982), no cuidado de si, nós precisamos cuidar de nossa alma e não de nosso corpo, entretanto, é inegável a relação existente entre a filosofia e a medicina quanto ao cuidado, ao que ele coloca como a relação do filósofo com a alma é análoga à do médico com a doença.

Dessa forma, envolver o cuidado em contexto mais amplo e filosófico, como citado pelas entrevistadas, torna-se compreensível tratando-se de uma temática em saúde, uma vez que cuidando da alma se está cuidando de si, e por pensar-se não apenas na saúde física.

A *epimeleîsthai heautoû* (ocupar-se consigo, cuidar de si) objetiva cuidar de si, por si mesmo, sendo essa uma atividade contínua, para toda a vida, “o cuidado de si torna-se coextensivo à vida” (FOUCAULT, 1982, p. 107). O trecho, “*Cuidar-se como pessoa*”, mesmo que “*como se deve a saúde*”, nos permite associar o cuidado filosófico ao médico; precisa-se cuidar de si desde jovem (caráter preventivo, a fim de evitar agravos), assim como na saúde é mais eficaz um médico chamado no começo da doença (FOUCAULT, 1982).

A junção entre o cuidado com o corpo e o cuidado com a alma, também aparece dentre os resultados de Prestes (2018) em um dos artigos analisados em sua pesquisa, no qual ela concorda com a autora de que a compreensão de saúde, bem como a ressignificação de si mesmas e o cuidado compartilhado são importantes no processo de saúde, como podemos observar parcialmente na fala de uma das entrevistadas:

*“[Sobre o cuidado recebido durante o pré-natal] acho que é isso, mais cuidado e orientação que a gente não recebe dentro de casa, então recebe o apoio das psicólogas na casa da gestante [...] ao corpo e ao psicológico, são um misto, saúde física e saúde mental” [E16].*

O cuidado não surge apenas em benefício próprio, mas para o bem dos filhos. Essa dimensão da mulher negra como cuidadora está ligada ao arquétipo da mulher negra guerreira, que precisa cuidar dos seus que se observa no trecho abaixo.

*“[...] hoje eu tenho dois filhos, tenho que cuidar de mim e por eles, principalmente por eles que são pequenos...” [E11].*

E como as mulheres se cuidam? Apesar de que elas não trazem as práticas de hábitos saudáveis e uso de chás/banhos de forma direta como técnica de autocuidado, tais práticas devem ser reconhecidas como tal.

*“Converso muito com a minha mãe. As vezes ela ensina coisa de cabeça. As ervas, banho, chá, essas coisas que ela faz pra gente” [E13].*

*“Saúde é se manter saudável, procurar sempre o melhor pra nós” [E17].*

Desde a necessidade de mudar os hábitos, até a explanação de quais hábitos saudáveis elas seguem, essa categoria mostra o lado cotidiano do

autocuidado no qual as mulheres possuem papel ativo na manutenção de sua saúde, mesmo que elas não o tenham reconhecido como técnicas de autocuidado.

Dentre os hábitos, podemos citar: *“ter boa alimentação, fazer exercícios, coisa que eu não faço, tomar água [...], higiene”* [E6]. E ações adotadas para prevenir pioras de quadros, como no caso de uma entrevistada que tem diabetes:

*“[...] depois que descobri que sou diabética, eu levava uma vida sedentária, até descobrir a diabetes, por conta da diabetes perdi dois filhos nascidos e mortos, então saúde pra mim é tudo, eu orno com exercícios e com uma vida mais saudável, nem sempre foi mas hoje pra mim saúde é tudo”* [E12].

*“A gente [tem que] se cuidar não só indo no médico, como na alimentação, as pessoas que têm pressão alta têm que diminuir o sal, quem tem diabetes diminuir o açúcar, principalmente quem tem familiares que tem a doença”* [E17].

Na pesquisa já citada de Fertoni (2010) os hábitos saudáveis também apareceram como qualidade de vida associada à saúde, através de boa alimentação, exercícios, autonomia e realização de atividades diversas.

Algumas doenças crônicas não transmissíveis são mais predominantes na população negra, como é o caso da diabetes mellitus e doenças cardiovasculares (hipertensão). Ainda destaca-se o fato das doenças hipertensivas serem a principal causa de morte materna na população feminina negra (UNE, 2017), e para lidar e, muitas vezes prevenir as doenças crônicas é preciso adotar hábitos saudáveis para a vida, como no caso da entrevistada que passou a se alimentar melhor e fazer exercícios físicos, após descobrir ter diabetes.

Nos dados obtidos, vale ressaltar, os hábitos saudáveis aparecem como atividades realizadas pelas próprias mulheres, mas raramente surgiram quando perguntado de forma direta sobre o que elas fazem para se cuidar. Quando essa questão surgia, novamente o ato de buscar cuidado profissional era tido como forma de autocuidado, em alguns casos, com as entrevistadas afirmando que não eram capazes de fazer nada pela saúde sem a ajuda do médico.

*“Não, só os médicos mesmo. Primeiramente Deus, depois os médicos”*  
[E04].

No trecho acima, pode-se ainda perceber a posição social que o médico muitas vezes ocupa no imaginário das pessoas, se não como Deus, como o segundo a se dirigir para buscar ajuda.

*“Eu passo no médico de seis em seis meses, peço remédio e ela me dá eu cuido em casa”* [E18].

O médico como pilar da manutenção de saúde não é uma concepção accidental, principalmente se levarmos em consideração a construção do corpo feminino como objeto da medicina. De acordo com Vieira (2002), a concepção da prática médica como saber científico consolida-se no século XIX em uma sociedade capitalista, a partir da qual constitui-se o projeto de medicalização dos corpos. Vieira (2002) pontua a transformação do capitalismo na medicina centrada em populações para um caráter individual, ao que Foucault (2004) acredita ser justamente o contrário, com um enfoque ao coletivo, de qualquer forma baseia-se no controle sobre o corpo em benefício do Estado.

A medicalização do corpo feminino está articulada a essa nova visão da prática médica, segundo a autora supracitada acerca do tema (2002, p. 21) “existe um caráter específico na concepção de sua natureza, que está relacionada à questão da reprodução focalizada na mulher e na necessidade de controlar suas populações”. O médico passa a ser guardião da moral e dos costumes, e assim o controle social se estende à sexualidade e reprodução, o que a autora (2002) ressalta que são duas questões que serão confundidas nesse processo de medicalização, à parte, vale dizer que isso ajuda a compreender porque a questão de saúde da mulher, ao menos para as entrevistadas, remete às questões reprodutivas e sexuais.

Com o saber médico centrado na disciplina e apropriação do corpo feminino, é reproduzido na visão das mulheres entrevistadas – pertencentes à sociedade que reproduz e fomenta o médico como único detentor do poder de “cura”. Tal visão é naturalizada, ainda mais pelo fato de o controle sobre o corpo feminino estar relacionado ao aprimoramento na resolução de problemas cruciais para a sobrevivência das mulheres e crianças (Vieira, 2002).

Apesar de associar saúde com higiene e bons hábitos, quando questionadas diretamente sobre o que fazem para cuidar de si, as entrevistadas respondem ser a frequência no médico e o uso de medicamentos. Ao se falar de autocuidado, independente do reconhecimento, todas essas ações, realizadas de forma consciente ou não, fazem parte do que Orem (1976) chama de Autocuidado, deliberadamente realizada pelas pessoas, por si só, para regular seu funcionamento. E mesmo que as entrevistadas por vezes não percebam, essas ações são importantes, uma vez que, ainda segundo a autora (1976), são demandas de autocuidado e se não realizadas, podem resultar em morte, doenças, ferimentos, e deterioração do bem-estar. Essas práticas de autocuidado podem ser protetoras contra adoecimento.

O uso ou não uso de medicamentos também surgiu, em específico com o uso de saberes populares, muitos deles de religiões de matrizes africanas, como práticas integrativas. O uso de chás e de banhos com ervas apareceu como substituto para o uso do medicamento farmacêutico, e como um complemento para algum tratamento.

*“É melhor do que tomar comprimido, chá de picão é pra várias coisas, bom pra infecção na urina, hepatite” [E03].*

A entrevistada 07, assim como a anterior, prefere não ir ao médico, nesse caso ainda mais se for um médico ginecologista do sexo masculino, logo, ela substitui o tratamento centrado no profissional de medicina por práticas integrativas com ervas medicinais.

*“Tomo chá. Qualquer chá, todo tipo de chá, me cuido de chá, tomo barbatimão pra inflamação, carqueja, eu tomo chá, melhor do que comprimido, não fico intoxicada com comprimido” [E07].*

Mas a utilização dessas técnicas também surgiu como complementares ou preventivas às doenças ginecológicas. *“Eu assim, pra mim, mesmo que não tenho nada, fazer um banho de assento pra não ter doenças no futuro” [E08].*

Para a Entrevistada 16, a primeira ação é ir ao médico, ao *postinho* [UBS], sem pedir opinião ou ajuda de pessoas diferentes, além da mãe e avó, que ela consulta em alguns momentos e a ajudam *“com receitas de chá, essas*

*coisas, fazer banho de assento*". E ainda assim, ela não entende esse gesto como autocuidado, pois quando questionada diretamente, coloca que não pode fazer nada ela mesma para cuidar de si, além de ir ao médico.

As práticas integrativas de cuidado, assim como colocado pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS em 2006, são fortemente ligadas à cultura de suas praticantes e muitas vezes transmitidas de maneira intergeracional, passadas de mãe para filhas, assim como colocado pelas mulheres entrevistadas. Em sua maioria os ensinamentos quanto a banhos e chás provêm de suas mães e avós, passados adiante para as filhas – que, de acordo com os relatos, são mais resistentes ao uso e preferem os medicamentos. Resultados semelhantes foram encontrados por Lucena (2019) em sua dissertação na qual procurou compreender as práticas de cuidado no puerpério de mulheres quilombolas.

*"Barbatimão, é aquela casca a gente lava, toma. E o outro carqueja, tomo tudo quanto é chá menos ir pro médico. [Quem ensinou?] Minha mãe, eu quero dar pra minha neta, minha filha não deixa dar, ela tem começo de pneumonia, a gente no norte dava chá, lambedor tudo, ficava bom e não precisava ir no médico, hoje em dia minha filha não deixa dar, tudo é na farmácia, aí compra remédio errado, o médico deu remédio errado, mato não tem nenhuma conta indicação "* [E07].

*"Ah, como eu morava no Norte aprendi com a minha mãe, banho de assento pode falar as coisas? Barbatimão, arueira essas coisas, assim aprendi com minha mãe e hoje faço com minha filha"* [E8].

As plantas citadas pelas mulheres também apareceram na pesquisa de Lima, Nascimento e Silva (2016) sobre os padrões de comercialização de plantas medicinais em Arapiraca-AL, como àquelas citadas pelos participantes (comerciantes), assim, as plantas mais comercializadas no Alagoas, aparecem também entre as utilizadas pelas mulheres do sudeste, essas vindas de regiões diversas como Nordeste e Centro-Oeste (Pantanal).

*"Ah, quando a gente morava lá no Pantanal e o meu filho pegou coceira, aí uma mulher falou pra mim que carobinha ou picão dava pra criança beber e deixava secar no corpo que fazia bem pra tudo, aí eu gravei. Melhor que ir na*



*policlínica, eu pego e tomo, eu falo pra minha neta, tenho uma neta [...] que vive com infecção que não cura, fui no mato e trouxe um monte, lava e tira a terra. Não toma prefere ir pro médico” [E03].*

Algumas das mulheres mais jovens apresentam ressalvas quanto à utilização de chás e banhos, assim como relatado na fala, mas é inegável como a transmissão de ensinamentos caseiros passou de mãe para filha e em diante. Em sua pesquisa de dissertação realizada por Prestes (2018, p. 138) através de entrevistas com ativistas e atuantes dos direitos/movimento negro e feminismo negro, a temática apareceu através da fala de Celso Monteiro, que colocou o “reconhecimento do conhecimento transmitido pelas pessoas mais velhas”, e esse compartilhamento influencia nas estratégias de cuidado e autocuidado, e por mais que a prática de Monteiro seja no Candomblé, esse ensinamento se mostrou presente entre as entrevistadas, mesmo sem essas conectarem o fato à religiosidade. É importante firmar a presença deste saber popular, que neste caso da Participante 03, foi construído na sua passagem pelo Pantanal, região com forte influência indígena e ribeirinha. No caso de seu estudo se não houve identificação por elas entre as práticas e religiosidade é importante ressaltar isso e apontar hipóteses para essa diferença com o estudo de Monteiro.

A autora (2018) pontua também como o arquétipo de mulher negra guerreira, forçada a ser forte, influencia nas técnicas de cuidado e autocuidado, pois por tal motivo, as mesmas buscam intervenções autônomas (como os chás e banhos) em estratégias novas, mas também ancestrais. A justificativa é que, a imagem de mulher negra forte, é reação ao abandono e negligência sofridos em vários contextos.

O uso de práticas integrativas, mais comum entre as mulheres mais velhas, está associado aos valores e crenças passados por gerações, e um ponto em comum trazido pelas mulheres é o fato de utilizarem as práticas principalmente em suas regiões de origem (Norte e Nordeste). Para Lopes (2005) a prática de cuidado varia de acordo com fatores como a situação socioeconômica do sujeito, o lugar onde vive e as possibilidades de acesso e qualidade de serviços e equipamentos. Podemos criar a hipótese de que, muito dos ensinamentos de práticas integrativas surgiu da necessidade de encontrar

outros meios de se cuidar e manter a saúde que não dependessem das condições citadas.

Outro ponto a se acrescentar é que por serem práticas caseiras passadas de avó para mãe e para filha, muitas vezes sem um embasamento teórico ou científico, e sim por vivência, elas podem não ter reconhecido como uma prática de autocuidado que elas são capazes de realizar sem envolver um profissional médico, mas isso não tira o valor da prática para a saúde e bem-estar dessas mulheres.

## **5.2 Aspecto Social**

O enfoque do aspecto social está nos fatores contextuais que definem e constroem a vulnerabilidade individual, como diretrizes governamentais, relação entre gerações, atitudes diante da sexualidade, bem como relações de gênero e raciais. Eles permitem compreender os aspectos e práticas que se relacionam à exposição individual, de acordo com a forma como as entrevistadas – mulheres e negras – concebem sua posição quanto raça e gênero (fatores analisados nessa categoria), elas podem estar mais ou menos vulneráveis ao adoecimento.

### **5.2.1 Relação entre Saúde e Raça/ Senso Comum**

Por considerar Raça em seu viés cultural e de construção social, e não como biologicamente classificador, utiliza-se a definição de Carneiro de racialidade como coerente com o pensamento que embasa essa pesquisa. A autora (2005, p. 34) em sua tese de Doutorado, compreende Racialidade como:

[...] uma noção relacional que corresponde a uma dimensão social, que emerge da interação de grupos racialmente demarcados sob os quais pesam concepções histórica e culturalmente construídas acerca da diversidade humana. Disso decorre que ser branco e ser negro são consideradas polaridades que encerram, respectivamente, valores culturais, privilégios e prejuízos decorrentes do pertencimento a cada um dos pólos das racialidades.

Como grande parte da influência da raça no adoecer se dá por questões sociais, negar essa influência pode vulnerabilizar a saúde das mulheres negras. E não apenas na forma como a mulher negra é tratada pelos profissionais de saúde, no que condiz ao racismo institucional, mas também nas condições de vivência que podem adoecer as mulheres negras em maior número.

*[Raça pode influenciar na saúde reprodutiva de alguma forma?] “Acho que sim, não sei qual” [E16].*

*“Não, a gente tem é que se tratar da melhor forma, pra mim não significa raça, tem é que se cuidar” [E04].*

Apesar da bibliografia já apresentada que trata sobre a determinação racial na saúde, esse conhecimento é estritamente acadêmico, o que pode dificultar seu acesso pela população geral ou até mesmo pela população acadêmica que não se destina a pesquisar questões de raça.

Um conhecimento básico sobre a temática era esperado, e a mesma apareceu muitas vezes em discurso contraditório na fala das entrevistadas. As perguntas quanto raça e saúde tiveram enfoque na saúde reprodutiva, por essa ter sido a mais representada na bibliografia quanto saúde da mulher e raça.

Dentre as ocorrências durante as entrevistas, foram encontradas associações ao racismo institucional, na forma como as mulheres negras são recebidas e tratadas no ambiente hospitalar de forma desigual; problemas de saúde mais recorrentes em mulheres negras; negativas quanto à determinação de raça na saúde reprodutiva; e experiências pessoais para definir da determinação (ou não) de raça na saúde.

Rosamaria Carneiro (2017) realizou pesquisa que buscou refletir sobre a importância da interseccionalidade na saúde sexual e reprodutiva das mulheres brasileiras, dentre os resultados encontrados através de depoimentos de mulheres assistidas pelos serviços de saúde pesquisados (Brasília), ela percebeu que apesar do discurso presente ser o de não existir racismo naquela unidade de saúde, nas entrelinhas era possível verificar práticas de racismo institucional, conforme reclamavam mais da demora no atendimento, filas, falta de simpatia dos médicos, entre outros. A interseccionalidade mostra que ser mulher e negra acrescenta um viés para aumento dessa desigualdade na avaliação da qualidade da unidade de saúde.

Esses dados também condizem com os encontrados por Berquó e Lago (2016), já citados, que encontraram disparidades que desfavoreciam as

mulheres negras quanto à quantidade de consultas de pré-natal, parto cesário e presença de acompanhante durante o parto.

A existência de racismo institucional nas instituições de saúde surgiu na fala de apenas duas das entrevistadas, mas concordando com os relatos expostos acima.

*“Muita coisa errada, muita gente sofrendo principalmente da nossa raça, gente branca tem mais facilidade, é igual quando você vai no médico, e se o branco tiver uma amizade você vai ficar pra trás. O amigo vai dar preferência pro amigo branquinho, o preto sempre se lasca em qualquer sentido. Então a gente tem que seguir em frente, se olhar pra trás fica deprimido, porque é diferenciado e tudo por conta da cor. Não importa se é amarelo ou azul, o branco sempre leva vantagem em tudo” [E03].*

*“Quando a gente vai no hospital as brancas são melhores atendidas que nós, as negras, acho que devemos ser tratadas melhor” [E18].*

Pelas falas pode-se notar que elas identificam diferenças de acesso e atendimento de saúde quanto à raça, porém quando se trata do processo de adoecimento, elas não percebem a influência da cor. Além disso, para a maioria das entrevistadas a raça não interfere na saúde, levantando o discurso de que “todos são iguais”.

Além da atenção à saúde das mulheres negras, as entrevistadas também ressaltaram doenças que acreditam serem mais recorrentes na saúde reprodutiva de mulheres negras. Algumas dessas doenças e complicações foram colocadas para as entrevistadas em forma de lista (Anexo A) para que pudessem dizer se acreditavam possuir influência da raça ou não. A maior parte das mulheres não apontou associação entre raça e complicações em saúde reprodutiva, a mais associada foi a Anemia Falciforme, mas sem conhecimento profundo acerca dessa. Somente duas das mulheres associaram a maioria das complicações e doenças como podendo ter influência da raça.

*“Então esse traço [falciforme], me explicaram que ele vem de negros de antigamente, escravos, a minha mãe não sabe, mas minha irmã tem e eu e minha filha. Eles me explicaram na maternidade, eu tenho traço se o meu*

*parceiro tiver, minha filha poderia nascer com anemia muito forte, só que não é o caso meu marido não tem, aí ela nasceu com o traço, quando ela casar tenho de ficar de olho por que o neném dela pode nascer com anemia falciforme ou leucemia” [E01]*

*[Sobre mortalidade materna] “No meu parto não teve, mais os médicos dão mais atenção pras brancas do que pras negras e pode acontecer” [E18].*

*“Acho que sim, geralmente tem mais gente negra com pressão alta, mas não sei o motivo, acho que sim” [E9].*

Outro ponto percebido nas falas foi a negativa quanto à determinação de raça na saúde reprodutiva e como algumas mulheres acreditam que outros fatores podem influenciar, exceto a raça, inclusive relacionam como um conceito antigo, que deve ser superado.

*“Não, pode ser genético, mas não pela cor. Não, é igual ao de útero, minha mãe teve aí pode ser que eu tenha por ser genético não pela cor, como o povo fala, preta” [E07].*

*“Não, acho que hoje em dia branco, pardo, amarelo, não tem como [...] a doença tá pra qualquer um, até pra criança. A mesma coisa, hoje em dia não tem como definir, poxa a minha filha é branca não vai ter nenhuma doença, eu acho assim a gente brasileiro tem que ver o mundo lá fora com outros olhos não tem como separar, tem negão casando com loira, não tem separação” [E14].*

*“Não, acho que ser negra não tem nada a ver com o que se passa por dentro de nós. Porque a cor não é nada, é por dentro, não tem nada a ver” [E15].*

E, por fim, verificou-se também discurso baseado na vivência pessoal das entrevistadas, que, quando perguntado em aspecto geral, influenciou suas respostas.

*“Eu vi um estudo que o Brasil tem um índice de mortalidade muito grande em mulheres negras, pelo que conheço na comunidade onde moro não tem nada a ver” [E5].*

*[Sobre Anemia Falciforme] “Acho que na maioria branca, tenho uma amiga branca que tem uma anemia profunda e passa muito mal” [E17].*

Nessas últimas falas, já foi possível observar ideias de Senso Comum que foram retratadas pelas entrevistadas, com conhecimentos adquiridos através das experiências das mulheres.

O discurso de democracia racial também surgiu em forma de negativa da cor como determinante nos processos de saúde, sob a fala de igualdade entre pretos e brancos, da cor da pele não ter “nada a ver com o que se passa por dentro de nós” [E15], esquecendo-se – ou desconhecendo – o aspecto social da raça. O mito da democracia racial está presente em nosso país, sob a ilusão de que as questões raciais estão superadas e o preconceito e discriminação existentes o são por questões socioeconômicas, pela posição financeira inferior da população negra, herança do passado escravista, ou seja, discriminação apenas pela classe e não pela raça, entretanto, esse mito não só gera desconhecimento acerca das relações raciais brasileiras, como afetam negativamente na saúde das mulheres negras (PERPÉTUO, 2000; CARNEIRO, 2003).

A falta de reconhecimento quanto à determinação social de raça nas falas das entrevistadas não pode ser totalmente responsabilidade dessas mulheres, como já dito anteriormente, a maior parte do conhecimento é divulgada dentro da academia o que dificulta o acesso à informação e conhecimento. Ademais, o ideário racista atua nas relações raciais brasileiras, por meio de sua capacidade de naturalização da concepção do Outro (o negro) como ser inferior, vencido e dominado, o que faz com que esse Outro se aproprie desse ideário atribuído (CARNEIRO, 2005). Uma vez que essa naturalização ocorre tanto para inferiorizar o negro quanto para fazer-se crer que essa relação não existe, torna-se difícil se desvincular de tal e compreender que não apenas a raça pode tornar as mulheres negras vulneráveis a algumas doenças, mas como o fazem principalmente por conta da discriminação racial – racismo.

De acordo com Carneiro (2005, p. 30) sobre o reflexo desse ideário racista: “a pobreza a que estão condenados os negros no Brasil, é parte da estratégia racista de naturalização da inferioridade social dos grupos dominado a saber negros ou afrodescendentes e povos indígenas”.

É esperado e, até mesmo quisto, que a população possua pouco conhecimento e identificação racial para assim ser possível manter as estruturas do racismo que permeia nossa sociedade.

### **5.2.2 Gravidez**

A Saúde Reprodutiva foi abordada durante as entrevistas de forma didática para que as mulheres pudessem compreender sobre qual tema se tratava, muitas vezes, sem a utilização de termos científicos para facilitação da conversa; a partir do observado e das informações passadas pelos funcionários por meio de suas experiências ao tratar sobre o tema com a população. A saúde em sua dimensão ginecológica foi muito associada ao câncer de útero e de mama, realização do exame preventivo e papanicolau, agravos em saúde como corrimentos e infecções, assim como à gestação e pré-natal.

Apesar da concepção de saúde reprodutiva ser considerada extensiva à área de reprodução desde 1980, ela ainda é muito relacionada a essa, ainda mais pela nomenclatura. Nas falas das entrevistadas a Saúde Reprodutiva foi comumente restringida ao Planejamento Reprodutivo (Planejamento Familiar) com foco na gestão da concepção.

Adota-se o termo Planejamento Reprodutivo no lugar de Planejamento Familiar, em consonância com a publicação do Ministério da Saúde – Cadernos de Atenção Básica sobre Saúde Sexual e Reprodutiva (2013), por acreditar que esse termo seja mais abrangente, o que torna o Planejamento Reprodutivo um recurso de saúde para homens, mulheres e crianças. Além de possibilitar a opção de escolha por parte dos envolvidos e não ser sinônimo de controle de natalidade.

Entretanto, ainda é possível encontrar a associação da saúde reprodutiva como sendo um aspecto apenas feminino, Vieira (2002) aponta que essa é uma consequência da medicalização que torna o corpo feminino como objeto de saber médico, o que legitima a entrada da prática médica nos nascimentos, e torna a questão demográfica em um problema de natureza ginecológica e obstétrica. Observou-se que as mulheres associam a saúde da mulher com a saúde reprodutiva, mesmo não se utilizando dessa terminologia,

e como essa noção está inundada pelo conhecimento médico referente ao reproduzir, não se estranha encontrar esse discurso nas falas das mulheres.

*“Saúde reprodutiva, em questão de gravidez? Nunca ouvi falar não, acho que é isso, engravidar, reprodução” [E02].*

O Planejamento Reprodutivo – ainda mais especificamente no eixo da Gestação – é apenas uma parte da Saúde Reprodutiva, porém foi a mais evocada através das falas das entrevistadas, que admitiram não saber sobre o que se tratava a Saúde Reprodutiva, mas acreditavam ter relação com a gravidez.

*“Acho que é, seria tipo engravidar, fazer algum tratamento. Eu acho, não sei se é, antes de engravidar, tipo pra quem quer engravidar” [E05].*

*“Sobre reprodução, sobre filhos” [E16].*

*“Reproduzir é aumentar a família, o que muitas está fazendo. É o que vem a minha cabeça, é aumentar a família” [E17].*

*“Tem algo a ver com mulheres que querem engravidar sem marido acho que é isso” [E02].*

A visão das entrevistadas a partir do nome “reprodutivo” foi associar à reprodução, gravidez. Diferente de quando se pensa no Planejamento Familiar [nome comumente utilizado com as usuárias do sistema de saúde] que pode ser associado a não querer mais ter filhos. Conforme foi encontrado em estudo de Luiz, Nakano e Bonan (2015) sobre a Assistência ao Planejamento Reprodutivo em clínica da família no Rio de Janeiro, o enfoque nas atividades era na contracepção, esquecendo-se da dimensão de concepção.

Uma hipótese sobre o motivo do foco das mulheres ser na concepção já se mostra visível nos números analisados durante a bibliografia e por outros encontrados na literatura. Os índices mais altos referentes à morte materna são atribuídos às causas evitáveis como menor número de consultas no pré-natal e qualidade de acesso (LEAL ET AL., 2017), mas também a outros fatores que vitimizam a população negra como o genocídio da população jovem negra, e até mesmo as esterilizações as quais as mulheres negras são sujeitas.



Davis (2016) discorre sobre a esterilização das mulheres negras que ocorria para fins de higienização da população, sustentada pelo discurso da supremacia branca e extermínio da população negra por meio do controle de natalidade. O direito do controle de natalidade defendido como “maternidade voluntária” pelas feministas no século XIX deu início ao movimento de contracepção nos Estados Unidos, mas não demorou em ser apropriado por argumentos racistas que modificaram o sistema de contracepção voluntária para as mulheres mais pobres, negras e porto-riquenhas, para as esterilizações cirúrgicas, fazendo-as optar pela infertilidade permanente na falta de alternativas melhores para suas saúdes. No Brasil, há também e será importante citar a regulamentação da lei de planejamento familiar que instituiu idade mínima para esterilização, o que gerou polêmica entre a população negra por ser considerada uma das formas de genocídio do povo negro, uma vez que das mulheres esterilizadas 76.000 eram brancas enquanto 243.000 eram negras, além do fenômeno de esterilizações em massa de mulheres pobres e negras na década de 90 (LÓPEZ, 2016; OLIVEIRA E CARVALHO, 2017).

As mulheres negras trazem consigo justificativas fortes para direcionarem o olhar de saúde reprodutiva para o aspecto da concepção sejam essas históricas ou atuais, interferem em como elas vão encarar a gestação.

### **5.3 Aspecto Programático**

O aspecto programático remete à vida em sociedade e às instituições, uma vez que para que haja os recursos sociais necessários para as pessoas se protegerem e não se expor a fatores adoecedores, é preciso existir esforço das instituições. Pelo já exposto anteriormente, podemos exemplificar que as instituições de saúde precisam garantir um acesso e qualidade de atendimento equânime independente da raça ou gênero da pessoa atendida, o que a literatura mostra não estar muito presente quando pensamos na saúde da mulher negra. Ponto também percebido em algumas das falas das mulheres, já citadas, que colocam a diferença no atendimento à saúde por serem negras.

O objetivo da categoria não é avaliar os serviços de saúde – inclusive, esse não é o objetivo da pesquisa como um todo – mas como o discurso das mulheres evocou a necessidade do acompanhamento do profissional médico, e

esse integra parte quase vital do sistema de saúde como instituição, analisa-se como um aspecto programático do cuidado e saúde de acordo com essas mulheres.

### **5.3.1 Saúde Curativa e Não ter Doença**

Inicia-se com a concepção de Saúde como ausência de doença, que foi presente no discurso das entrevistadas, sob uma ótica da biomedicina com enfoque no dualismo saúde-doença, como se pode observar em alguns dos trechos a seguir:

*“[Saúde é] Não ter doença, nem uma perebinha no corpo” [E7].*

*“Ah, saúde é tudo, você tá sempre indo ao médico pra ver se está tudo ok, [...] você fazer exames e se tiver algum problema o médico vai te avaliar melhor”. “Saúde da mulher é ter que se cuidar, porque tem muitas doenças por aí, inclusive o câncer que tá matando muitas pessoas, é isso” [E4].*

*“Tanta coisa, assim, se você tá doente não consegue nada, tem de estar bem, tem que ter saúde...” [E3].*

*“Assim, difícil explicar, se você vive em um leito de uma cama você não tem saúde, então pra mim você não poder andar, pra mim é isso, não ter doença, é isso entendeu?” [E8].*

De acordo com Bastitella (2007) entender saúde como ausência de doença é uma concepção largamente difundida pelo senso comum, mas não restrita a esse, já que a ideia também é afirmada pela medicina. Por outro lado, para Pettres e Da Ros (2018), atualmente temos uma nova promoção de saúde com enfoque no pensamento de processo saúde-doença sob perspectiva da determinação social da saúde, com isso, a partir dos anos 70 buscou-se superar o modelo biomético unicausal para um modelo que envolvesse os aspectos sociais.

Se pensarmos na Reforma Sanitária e nas Redes de Assistência à Saúde, essa implementação está sendo realizada, em caráter institucional/organizacional, porém, por entre a população prevalece o senso comum da visão saúde-doença, assim como Câmara et al. (2012) afirmam em pesquisa realizada com 68 profissionais da saúde sobre a percepção do

processo saúde-doença, no qual constatou existir o predomínio da concepção biomédica e centralização da doença.

Entretanto, ainda mais ao tratar-se de saúde de mulheres negras, um contexto que requer um olhar interseccional, pensar em saúde apenas como ausência de doença não é o bastante, é preciso uma compreensão de promoção de saúde que integre as demandas e recursos pessoais, sociais, coletivos, etc., para formar uma saúde integral (PRESTES, 2018).

Esses achados condizem com as falas das entrevistadas, que associam saúde com “não ter doença”, não estar doente ou não viver em condição análoga a de doença (viver no leito de uma cama), e para isso, em muitas das falas, elas buscam a ajuda do profissional.

### **5.3.2 Cuidado centrado no Profissional**

Dorothea Orem (1987) cunhou uma teoria acerca do Autocuidado muito utilizada até a atualidade, principalmente pela sua área, a Enfermagem. A teoria se baseia na ideia central do autocuidado como uma função regulatória humana, e especifica que pessoas em amadurecimento e maduras contribuem para a regulação de seu funcionamento e desenvolvimento, além de prevenção e controle de doenças e ferimentos.

A teoria principal do Autocuidado a qual engloba três subcategorias nos quais o cuidado é a base. A primeira teoria, do Autocuidado, define o sujeito como agente responsável, em princípio, pelo seu próprio funcionamento e desenvolvimento – seu cuidado. As seguintes teorias levam os profissionais de enfermagem como um “outro eu” que auxilia no cuidado do sujeito quando esse, por algum motivo, não é capaz de cuidar-se.

Como as mulheres em suas falas delegaram o cuidado e até mesmo o autocuidado aos profissionais de saúde, principalmente o profissional de medicina, associa-se tal fato com a ideia de autocuidado terceirizado ao profissional, o que para Orem aconteceria apenas caso essas mulheres estivessem impossibilitadas de se cuidarem sozinhas, porém, elas demonstram autonomia e até mesmo muitas práticas de autocuidado, mas não as reconhecem como tal, reconhecendo apenas suas ações de ir até o médico

para prevenir ou curar doenças. Nas falas, percebe-se como o entendimento de se cuidar, assemelha-se ao de permitir que outro cuide de si. Muitas mulheres colocaram que saúde é “se cuidar”, esse cuidado sendo feito através de prevenção e de idas ao médico.

*“[Saúde é] Eu me cuidar bem e ter um bom acompanhamento na UBS” [E6].*

*“[Saúde é] Se cuidar. Assim, se cuidar, tratamento, passar no médico, coisas assim” [E09].*

*“Saúde de mulher, a gente se cuidar. Passar no médico, fazer exames de rotina” [E15].*

Se pensarmos na teoria de Orem (1976) essa visão da necessidade do médico também se considera uma forma de autocuidado, mas o que ela chamaria de requisitos relacionados a desvios de saúde. E essa foi a forma com a qual as mulheres colocaram; em algumas falas elas colocam como uma forma de cuidar [e até se prevenir] a ida ao serviço de saúde após perceber algo fora do comum, como corrimento vaginal ou odores diferentes [E2].

Como já ressaltado, muitas vezes a saúde é vista em seu caráter biológico e medicinal, sendo até mesmo reforçado pelas instituições, o que avigora tal pensamento por parte da população e torna compreensível o porquê da ideia de cuidado centrado no profissional do médico, muitas vezes, sem percepção de ações de autocuidado que a própria mulher pode realizar.

Outra explicação que permite ajudar na compreensão das falas e na percepção de dificuldade das mulheres perceberem atos que elas mesmas podem realizar para cuidarem de si, é a de Orem (1976) para o fato de que essas ações para manutenção e funcionamento do Eu (pensar, devemos comer) se tornam tão cotidianas e habituais que elas podem ser vistas com maior simplicidade.

Como colocado na questão do uso de chás/banhos, essa prática é tida como caseira, então não se considera autocuidado, bem como a prática de hábitos saudáveis, sendo muitas vezes algo tão simples e rotineiro que elas também não a reconhecem como prática de autocuidado. Fora isso, a ideia do

saber médico como superior ajuda nessa concepção do mesmo como único capaz de cuidar. Porém, isso não altera o fato de que elas praticam autocuidado, o que ocorre é uma ausência de percepção de si como agentes transformadoras.

## CONSIDERAÇÕES

Após o exposto chega-se a algumas conclusões acerca das concepções de saúde e autocuidado em saúde reprodutiva para as mulheres negras. A saúde surge como um ponto importante para a vida e bem-estar das mulheres, assim como a saúde reprodutiva surge com foco na concepção.

Primeiro, a necessidade de políticas de saúde específicas para mulheres negras, a política de saúde da mulher e a política de saúde da população negra fazem apenas breves recortes para englobar, respectivamente, raça e gênero, mas essas não encobrem total a complexidade da temática.

Outro ponto observado foi a falta de informações e conhecimentos em saúde e adoecimento focados nas vulnerabilidades as quais essas mulheres estão sujeitas, quanto mais conhecimento acerca dos processos de saúde e doença, mais elas podem adotar medidas para se protegerem.

Esse ponto abrange também concepções que as excluem como ativas nas práticas de autocuidado e cuidado, seus protagonismos na manutenção do próprio bem-estar. Talvez a propagação de maior conhecimento em saúde auxilie no fortalecimento dessas mulheres como protagonistas de sua saúde.

Por fim, aponta-se nesse estudo perspectivas para investigações futuras, pois, o acesso às entrevistadas, se deu apenas àquelas que estão sendo cobertas e acompanhadas pelo Sistema Único de Saúde, através da Unidade Básica de Saúde. E quanto àquelas que não estão cobertas pelo SUS, mas certamente também possuem demandas e concepções acerca da saúde e autocuidado? Essas também precisam ser encontradas e escutadas, pois se os estudos mostram que existem desigualdades para as mulheres negras dentre as mulheres que são atendidas que as tornam vulneráveis à problemas de saúde, então como deve ser para mulheres que não estão dentro do SUS?

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Míriam Cristiane; JESUS, Jayro Pereira de; DIAZ, Luis Alberto Ferreira. **Autodeclaração Da Raça/Cor No Sus**: Reflexões Conceituais. A Partir Da Campanha Realizada Pelo Estado Do Rio Grande Do Sul. *Identidade*, São Leopoldo, v. 22, n. 1, p.05-15, 1 jan. 2017. Disponível em: <<http://www.periodicos.est.edu.br/index.php/identidade/artide/view/3025>>. Acesso em: 03 Jan. 2018.

ANS. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**: beneficiários, operadoras e planos / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ano 1 (mar. 2006) .Rio de Janeiro : ANS, 2014.

ARAÚJO, Julianna Sampaio de; XAVIER, Monalisa Pontes. **O conceito de saúde e os modelos de assistência**: Considerações e perspectivas em mudança. *Revista Saúde em Foco*, Teresina, v. 1, n. 1, p.137-149, 2014. Disponível em: <[http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/artide/viewFile/326/382&gws\\_rd=cr&ei=ycB-WJeGNMebwASnrmwAg](http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/artide/viewFile/326/382&gws_rd=cr&ei=ycB-WJeGNMebwASnrmwAg)>. Acesso em: 04 Jan. 2018.

ARILHA, M.; BERQUÓ, E. **Cairo+15**: trajetórias globais e caminhos brasileiros em saúde reprodutiva e direitos reprodutivos. In: \_\_\_\_\_. *Brasil: 15 anos após a Conferência do Cairo*. Campinas: ABEP: UNFPA, 2009. p. 97-120. Disponível em: <[http://www.unfpa.org.br/Arquivos/brasil\\_15\\_anos\\_cairo.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/brasil_15_anos_cairo.pdf)>. Acesso em: 13 Jun. 2018.

ARRUDA, Poliana Aparecida. **Programa Bolsa Família sob o olhar dos beneficiários de um município do interior de São Paulo**. 2017. 1 recurso online (79 p.). Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/325594>>. Acesso em: 02 Set. 2018.

Atlas do Desenvolvimento Humano nas Regiões Metropolitanas Brasileiras. – Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2014. 120 p.

AYRES, José Ricardo. **Cuidado**: Trabalho E Interação Nas Práticas De Saúde. Ayres JRCM. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2009. 282p. (Coleção Clássicos para Integralidade em Saúde).

AYRES, JRCM, CALAZANS GJ, SALETTI Filho HC, França-Júnior I. **Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde**. In: Campos GWS et al. (org). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz; 2006. p. 375-417.

AZARIAS, Emily Almeida. **Kurialuka**: webdocumentário sobre o autocuidado entre mulheres negras. 2016. 89 f., il. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Comunicação Social)—Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

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

BARATA, Rita Barradas et al. **Classe social: conceitos e esquemas operacionais em pesquisa em saúde**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 647-655, Aug. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102013000400647&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000400647&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 Mai. 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BASTHI, Angélica. **Guia para Jornalistas sobre Gênero, Raça e Etnia** / Angélica Basthi (organização e elaboração) Brasília: ONU Mulheres; Federação Nacional dos Jornalistas (FENAJ); Programa Interagencial de Promoção da Igualdade de Gênero, Raça e Etnia (Fundo de Alcance dos Objetivos do Milênio, F-ODM), 2011. 60 p.

BATISTA, Luís Eduardo; MONTEIRO, Rosana Batista; MEDEIROS, Rogério Araujo. **Iniquidades raciais e saúde**: o ciclo da política de saúde da população negra. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p.681-690, out. 2013. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a16v37n99.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a16v37n99.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2018.

BATISTA, Márcia Camila Araújo; PEREZ, Olívia Cristina. **Participação Política E Marcadores Sociais Da Diferença**: Reflexões Sobre O Tema No Campo Da Ciência Política. Conexão Política, Piauí, v. 5, n. 1, p.23-34, 2016.

BATISTELLA, Carlos. **Abordagens contemporâneas do conceito de saúde**. In: Fonseca AF, Corbo AD, organizadores. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2007. p. 51-86.

BENTO, Maria Aparecida. Branqueamento e Branquitude no Brasil. In: CARONE, Iray; BENTO, Maria Aparecida S. (Org.). **Psicologia Social do Racismo**: estudos sobre branquitude e branqueamento. Petrópolis: Perspectiva, 6ª ed, 2016. Cap. 2, p. 25-58.

BERLINGUER, Giovanni. **Bioética da prevenção**, in: Bioética, Brasília, 2 (2): 117-22, 1994.

BERQUÓ, Elza; LAGO, Tania di Giacomo do. **Atenção em saúde reprodutiva no Brasil**: eventuais diferenciais étnico-raciais. Saúde e Sociedade, [s.l.], v. 25, n. 3, p.550-560, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162568>.

BIROLI, Flávia; MIGUEL, Luis Felipe. **Gênero, raça, classe**: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades. Mediações - Revista de Ciências Sociais, [s.l.], v. 20, n. 2, p.27-55, 25 dez. 2015. Universidade Estadual de Londrina. DOI: <http://dx.doi.org/10.5433/2176-6665.2015v20n2p27>. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/24124/G%C3%AAnero%2C%20r>>



a%C3%A7%C3%A3o%20classe%3A%20opress%C3%B5es%20cruzadas%20e%20converg%C3%Aancias%20na%20reprodu%C3%A7%C3%A3o%20das%20desigualdades>. Acesso em: 20 Jun. 2018.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis, Vozes, 1999.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães. **Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 575-586, Mar. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 Mai 2019.

BOTTON, Andressa; CÚNICO, Sabrina Daiana; STREY, Marlene Neves. **Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias/ Gender differences in the access to health services: necessary problematization**. Mudanças; 25(1): 67-72, jan.-jun. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Temático Saúde da População Negra** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 82 p.

BRASIL. **Decreto nº 5.209 de 17 de setembro de 2004**. Regulamenta a Lei no 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 300 p.

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

BRASIL. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS** - PNPIC-SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde, Brasília, Brasil, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher**. 1ª Impressão. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, março de 2015. 181p.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - Seppir. Ministério da Saúde Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: N, 2007. 60 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2018.

BRASÍLIA. UNE, Wanessa de Lima Ramos Akitomi (Org.). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. 44 p.

BRASÍLIA. **Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**: atenção à saúde das mulheres negras / [Maria Auxiliadora da Silva Benevides et al.]. 2005, 20 p.

BUB, Maria Bettina Camargo et al. **A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem**. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 15, n. spe, p. 152-157, 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000500018>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072006000500018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072006000500018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 Mai 2018.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Apr. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 Mai 2018.

CÂMARA, Ana Maria CS et al. **Percepção do processo saúde-doença**: significados e valores da educação em saúde. Revista Brasileira de Educação Médica, Belo Horizonte-MG, vol.36, n.1, s.1, p.40-50, 2012.

CARNEIRO, Rosamara. **O peso do corpo negro feminino no mercado da saúde**: mulheres, profissionais e feministas em suas perspectivas. Mediações: revista de ciências sociais. 22(2): 394-424, 2017. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/23609/pdf>>. Acesso em: 26 set. 2018.

CARNEIRO, Sueli; FISCHMANN, Roseli. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. 2005. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CARNEIRO, Sueli. **Enegrecer o feminismo**: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. In Ashoka

Empreendimentos Sociais & Takano Cidadania (Orgs.), Racismos contemporâneos (pp. 49-58). Rio de Janeiro: Takano Editora, 2003.

CARNEIRO, Sueli. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011. 190 p. (Consciência em Debate).

CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil**. Revista Estudos Avançados, São Paulo, vol.27, no.78, p.7-26, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>. Acesso em: 05 Mai 2018.

CENTRO DE REFERÊNCIAS TÉCNICAS EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS: **RELAÇÕES RACIAIS**: REFERÊNCIAS TÉCNICAS PARA ATUAÇÃO DE PSICÓLOGAS/OS. 1 ed. Brasília: CFP, 2017. 147 p.

CHEHUEN NETO, José Antônio et al. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. Revista Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1909-1916, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.17212014>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000601909&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601909&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 Mai 2018.

COLLINS, Patricia H. Intersectionality's Definitional Dilemmas. Annual Review of Sociology, 2015 41:1, p. 1-20. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev-soc-073014-112142>. Acesso em: 26 Jun 2018.

CRAVEIRO, Clélia BA; XIMENES, Daniel de A. **Dez Anos Do Programa Bolsa Família**: Desafios E Perspectivas Para A Universalização Da Educação Básica No Brasil. In: CAMPELLO, Tereza; NERI, Marelo C. (Org.). Bolsa Família: Uma década de inclusão e cidadania. Brasília: Ipea, 2013. Cap. 6, p. 109-124.

CRENSHAW, Kimberlé. **Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color**. In: Martha Albertson Fineman, Rixanne Mykitiuk, Eds. The Public Nature of Private Violence. New York: Routledge, 1994, p. 93-118.

CRENSHAW, Kimberlé. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero**. Revista Estudos Feministas. 2002, vol.10, n.1, pp.171-188. ISSN 0104-026X. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>.

CRESWELL, John W.. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e mist. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 296 p., 2010.

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

DE LA JARA, J. J.; HIDALGO, M. T.; HANSEN, R. S. **A cidade na perspectiva dos determinantes da saúde**. Determinantes ambientais e sociais da saúde, Washington, DC: OPAS, 2011.

DE OLIVEIRA, Rosilainy Cristina Santos; DE CARVALHO, Ítalo Eratóstenes Chagas. **O Processo De Organização Das Mulheres Negras No Âmbito Do Movimento Feminista No Brasil**. Revista Coletivo SECONBA, v. 1, n. 01, 2017.

**Dossiê mulheres negras : retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil** . Organizadoras: Mariana Mazzini Marcondes ... [et al.].- Brasília : Ipea, 2013. 160 p.

DYNIEWICZ, Ana Maria. **METODOLOGIA DA PESQUISA EM SAUDE PARA INICIANTE**. 3. ed. Brasil: Difusão, 2014.

FERNANDES, Danielle C., **Raça, Origem Socioeconômica e Desigualdade Educacional no Brasil**: Uma Análise Longitudinal. Trabalho apresentado no XXV Encontro Anual da Anpocs, Caxambu, MG, 16-20 de outubro, 2001.

FERNANDES, Viviane Barboza; SOUZA, Maria Cecilia Cortez Christiano de. **Identidade Negra entre exclusão e liberdade**. Rev. Inst. Estud. Bras., São Paulo, n. 63, p. 103-120, Apr. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0020-38742016000100103&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0020-38742016000100103&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 Mar. 2018.

FERRAZ D, KRAICZYK J. **Gênero e Políticas Públicas de Saúde**: construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. Revista de Psicologia da UNESP; 9(1):70-82, 2010.

FERTONANI, Hosanna Pattrig; PIRES, Denise Elvira Pires de. **Concepção de saúde de usuários da Estratégia Saúde da Família e novo modelo assistencial**. Enfermagem em Foco, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 51-54, jan. 2011. ISSN 2357-707X. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2010.v1.n2.14>. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/14>>. Acesso em: 12 fev. 2019.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde**: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 1, n. 24, p.17-27, jan. 2008. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003)>. Acesso em: 20 mar. 2018.

FOUCAULT, Michel. **A Hermenêutica do Sujeito**. Curso dado no Collège de France, 1981-1982. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade, 3: O Cuidado de Si**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1985.

GOES, Emanuelle Freitas; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. **Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde:** uma análise sobre as desigualdades. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p.571-579, out. 2013. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a04v37n99.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a04v37n99.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2018.

HARAWAY, Donna. **"Gênero" para um dicionário marxista:** a política sexual de uma palavra. *Caderno Pagu*, Campinas, n. 22, p. 201-246, June 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332004000100009>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010483332004000100009&lng=en&nr=m=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010483332004000100009&lng=en&nr=m=iso)>. Acesso em: 11 Mai 2018.

HEALTH, EMPOWERMENT, RIGHTS AND ACCOUNTABILITY (HERA). **Sexual Rights**. In: *Women's Sexual and Reproductive Rights and Health: Action Sheets*. New York, 1999.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censos Demográficos**, 2000, 2010.

IBGE (Ed.). **Características étnico-raciais da população:** classificações e identidades. Rio de Janeiro, 208 p., 2013. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?id=263405&view=detalhes>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde 2013** : acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências : Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro : IBGE, 2015.

INSTITUTO PÓLIS. **Litoral Sustentável Desenvolvimento com Inclusão Social / Resumo Executivo de Santos**. São Paulo, 29 p, 2013.

IPEA. **Dossiê mulheres negras** : retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil / organizadoras: Mariana Mazzini Marcondes ... [et al.]. - Brasília: Ipea, 2013, 160 p.

KESLEY, Pricilla. **Obstáculos No Caminho:** Desigualdade Racial Na Educação Brasileira. 2018. Disponível em: <<https://www.todospelaeducacao.org.br/conteudo/obstaculos-no-caminho-desigualdade-racial-na-educacao-brasileira>>. Acesso em: 22 nov. 2018.

KNAUTH, Daniela Riva; LEAL, Andréa Fachel. **A expansão das Ciências Sociais na Saúde Coletiva:** usos e abusos da pesquisa qualitativa. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [s.l.], v. 18, n. 50, p.457-467, 1 ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0274>.

LACERDA JÚNIOR, Fernando; GUZZO, Raquel Souza Lobo. **Prevenção primária:** análise de um movimento e possibilidades para o Brasil. *Interação em Psicologia*, Curitiba, dez. 2005. ISSN 1981-8076. DOI:

<http://dx.doi.org/10.5380/psi.v9i2.4797>. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/4797>>. Acesso em: 12 mai. 2019.

LEAL, Maria do Carmo et al. **A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, [s.l.], v. 33, n. 1, p.1-17, 2017. FapUNIFESP (SciELO). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00078816>.

LEWIS, Aubrey. **A saúde como conceito social**. Physis [online]. 1998, vol.8, n.1, pp.151-174. ISSN 0103-7331. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311998000100009>.

LIMA, Adriana Silva Guedes de; VOLPATO, Luci Martins Barbatto. **Saúde da mulher Negra e os determinantes: Racismo, Questão de Gênero e Classe Econômica**. Etic 2014: Encontro de Iniciação Científica, p.1-20, 2014. Disponível em: <<http://intertemas.toledoprudente.edu.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/4406/4166>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

LIMA, I.E.O.; NASCIMENTO, L.A.M.; SILVA, M.S.. **Comercialização de Plantas Medicinais no Município de Arapiraca-AL**. Revista brasileira de plantas medicinais, Botucatu, v. 18, n. 2, p. 462-472, jun. 2016. DOI: [http://dx.doi.org/10.1590/1983-084X/15\\_201](http://dx.doi.org/10.1590/1983-084X/15_201). Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S15165722016000200462&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15165722016000200462&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 maio 2019.

LOPES, F. **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil**, 2004, Brasília. In: I Seminário Saúde da População Negra 2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 53-94.

LÓPEZ, Laura Cecilia. **Mortalidade Materna, Movimento de Mulheres Negras e Direitos Humanos no Brasil: um Olhar na Interseccionalidade de Gênero e Raça**. Revista TOMO, 2016.

LUCENA, Tâmara Silva de. **Práticas de cuidado de puérperas quilombolas à luz da teoria transcultural**. 2019. 96 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem e Farmácia, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2019.

LUIZ, Marcia dos Santos; NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia. **Planejamento reprodutivo na clínica da família de um Teias: condições facilitadoras e limites à assistência**. Saúde em Debate, [s.l.], v. 39, n. 106, p.671-682, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151060003009>.

MARINHO, Cléria S et al. **A vivência do agente comunitário de saúde**: um estudo exploratório em uma unidade básica de saúde em Santos/SP. *Indagatio Didactica*. 2013;5(2):643-58.

MEDEIROS, Patricia Flores de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. **Políticas públicas de saúde da mulher**: a integralidade em questão. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31-48, Apr. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2009000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2009000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2009000100003>.

MENDES, R. et al. **Tessituras e participação**: extensão na região noroeste de Santos. *Rev. Ciênc. Ext.* v.10, n.1, p.7-16, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Análise qualitativa**: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 17, p.621-626, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n3/621-626/pt>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b, 82 p.

Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**: Bases de Ação Programática. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1984.

MORAES, Maria Lygia Quartim De. **Usos e limites da categoria gênero**. *Cadernos Pagu*, Campinas, SP, n. 11, p. 99-105, jan. 2013. ISSN 1809-4449. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8634466>>. Acesso em: 29 Jul. 2018.

MUNANGA, Kabengele; GOMES, Nilma Lino. **O negro no Brasil de hoje**. São Paulo: Global, 2006.

NACIONES UNIDAS. **Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo**: el Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Naciones Unidas, 1995. Disponível em: <[http://www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/572\\_filename\\_finalreport\\_icpd\\_spa.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/572_filename_finalreport_icpd_spa.pdf)>. Acesso em: 10 Jul. 2018.

NETO, José Antônio Chehuen et al. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 20, n. 6, p.1909-1916, jun. 2015. *FapUNIFESP (SciELO)*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.17212014>.

OLIVEIRA LIMA, C.; DE OLIVEIRA, R. **Análise Ambiental De Ocupação Nas Áreas De Manguezais No Município De Santos-Sp**. *Revista Geográfica de América Central*, v. 2, n. 47E, 11.

OLIVEIRA, ANA E. F. de; BRITO, Luciane M. de Oliveira. **Saúde da mulher**/Ana Emilia Figueiredo de Oliveira; Luciane Maria de Oliveira Brito (Org.). - São Luís: EDUFMA, 2017. 129p.

OLIVEIRA, Nayara de Jesus. **Atenção à saúde da mulher na Estratégia Saúde da Família e limites da integralidade**. 2017. 99 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2017. Disponível em: <<http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/23488>>. Acesso em: 13 fev. 2018.

OLIVEIRA, Nerícia. **Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes**/Nerícia Regina de Carvalho Oliveira (Org.). - São Luís, 2015. 42p.

OREM, Dorothea. Validity in Theory: **A Therapeutic Self-Care Demand for Nursing Practice** (1976). In: McLaughlin K, Taylor SG, editors. Self-care theory in nursing: Selected papers of Dorothea Orem. New York, NY: Springer Publishing Co, Inc.; 2003.

\_\_\_\_\_. Nurses and Nursing Knowledge. New York, NY, 1987.

\_\_\_\_\_. Work to Be Done. New York, NY, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **MULHERES E SAÚDE: EVIDÊNCIAS DE HOJE AGENDA DE AMANHÃ**. Brasil, 2011. 112 p. Disponível em: <[http://www.who.int/ageing/mulheres\\_saude.pdf](http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2018.

PACHECO, Vanessa Cardoso et al. **As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis**. Saúde em Debate, [s.l.], v. 42, n. 116, p.125-137, jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811610>.

PAIM J, TRAVASSOS C, ALMEIDA C, BAHIA L, MACINKO J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Lancet. (Série Brasil) [Internet]. 2011; 11-31. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 13 Ago. 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?** 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 148 p., 2009.

PERPÉTUO, Ignez HO. **Raça e acesso às ações prioritárias na agenda da saúde reprodutiva**. Jornal da Rede Saúde 2000; (22): 24-8.

PETTRES, Andreia Assmann; DA ROS, Marco Aurélio. **A Determinação Social Da Saúde E A Promoção Da Saúde**. Arquivos Catarinenses de Medicina, [S.l.], v. 47, n. 3, p. 183-196, out. 2018. ISSN 18064280. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/375>>. Acesso em: 12 fev. 2019.

PINHEIRO, Fernanda Domingos; MAIA, Ludmila de Souza. Cativas do corpo, libertas pelo trabalho: casos de mulheres de cor nas fronteiras entre escravidão e liberdade (Mariana, séculos XVIII e XIX). Cadernos Pagu, Campinas, n. 50, e175011, 2017.



Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-83332017000200503&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332017000200503&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 Mar. 2018.

PÔRTO, Ângela. O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. **História, Ciências, Saúde-manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p.1019-1027, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v13n4/12.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2018.

PRESTES, Clélia Rosane dos Santos. **Estratégias de promoção da saúde de mulheres negras**: interseccionalidade e bem viver. 2018. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Doi:10.11606/T.47.2018.tde-14112018-184832. Acesso em: 2019-03-12.

QUEIRÓS, Paulo J. **Autocuidado, transições e bem-estar**. Revista Investigação em Enfermagem, 21, 5-7, 2010.

REZENDE, Patricia de Souza. **A atenção à saúde das mulheres**: integralidade e gênero. Estudo etnográfico em uma unidade de PSF em Salvador.. 2011. 153 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2011. Disponível em: <<http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/10915>>. Acesso em: 13 fev. 2018.

ROSEMBERG, FÚLVIA. **Educação formal, mulher e gênero no Brasil contemporâneo**. Rev. Estud. Fem. [online]. 2001, vol.9, n.2, pp.515-540. ISSN 0104-026X. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2001000200011>.

SAFFIOTI, Heleieth I. B.. **Gênero, Patriarcado e Violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, Marcela Ernesto dos. **Identidade Feminina Negra**: Da Margem Para O Centro. Revista Philologus, Rio de Janeiro, v. 23, n. 67, p.731-741, 2017.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.10, pp.2635-2644. ISSN 1413-8123. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000013>.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **Raça, Cor e Linguagem**. In: KON, Noemi Moritz; ABUD, Cristiane Curi; SILVA, Maria Lúcia da (Org.). O racismo e o Negro no Brasil: questões para a psicanálise. São Paulo: Perspectiva, 2017. Cap. 5, p. 91-120.

SCOTT, Joan Wallach. **Gênero**: uma categoria útil de análise histórica. Educação & Realidade. Porto Alegre, vol. 20, nº 2, jul./dez. 1995, pp. 71-99. Revisão de Tomaz Tadeu da Silva a partir do original inglês (SCOTT, J. W.. Gender and the Politics of History. New York: Columbia University Press, 1988. PP. 28-50.), de artigo originalmente publicado em: Educação & Realidade, vol. 15, nº 2, jul./dez. 1990. Tradução da versão francesa (Les Cahiers du Grif, nº 37/38. Paris: Editions Tierce, 1988.) por Guacira Lopes Louro. Disponível em:

<[https://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/185058/mod\\_resource/content/2/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf](https://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/185058/mod_resource/content/2/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf)>. Acesso em: 15 Mar. 2018.

Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR. Ministério da Saúde. **Racismo Como Determinante Social de Saúde**. Brasília, 2011.

SILVA, Fabiane Carmo Santos. **O Princípio Da Integralidade E Os Desafios De Sua Aplicação Em Saúde Coletiva**. Revista Saúde e Desenvolvimento, Curitiba, v. 7, n. 4, p.94-107, Jan 2015. Disponível em: <<https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/articled/view/373/274>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

SILVA, Maria da Penha. **Mulheres Negras: Sua Participação Histórica Na Sociedade Escravista**. Cadernos Imbondeiro, João Pessoa, v. 1, n. 1, p.1-8, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/ci/article/view/13509/7668>>. Acesso em: 03 mar. 2018.

SILVA, Rosa. **A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho do porto**: abordagem exploratória à dimensão do fenómeno. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Avançada. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da UCP, 2011.

SOLAR O, IRWIN A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Social Determinants of Health Discussion. Paper 2 (Policy and Practice). 2005.

SOUSA, Lorena de Barros Teixeira; ALMEIDA, Cristiane Roque de. **Empoderamento E Educação Na Luta Pelos Direitos Da Mulher No Brasil**. Escritos, Tocantins, v. 9, n. 2, p.145-167, 2017. Disponível em: <<https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/escritas/article/view/4156/12632>>. Acesso em: 15 Abr. 2018.

SOUTO, Kátia Maria Berreto. **A política de atenção integral à saúde da mulher**: uma análise de integralidade e gênero. Revista Ser Social, Brasília, DF, v. 10, n. 22, jan./jun. 2008. Disponível em: <[http://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/12950](http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12950)>. Acesso em: 3 fev. 2018.

STAKE, Robert e. **Pesquisa Qualitativa**: estudando como as coisas funcionam. Porto Alegre: Penso, 2011. 263 p.

TAVARES, Amanda Santos; ANDRADE, Marilda; SILVA, Jorge Luiz Lima da. **Do Programa De Assistência Integral À Saúde Da Mulher À Política Nacional De Atenção Integral À Saúde Da Mulher**: Breve Histórico. Informe-se em Promoção da Saúde, Niterói, v. 5, n. 2, p.30-32, 2009.

VALVERDE, Danielle Oliveira and STOCCO, Lauro. **Notas para a interpretação das desigualdades raciais na educação**. Rev. Estud.

Fem. [online]. 2009, vol.17, n.3, pp.909-920. ISSN 0104-026X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2009000300019>.

VANNUCHI, M. B. C. C. (2017). **A Violência Nossa de Cada Dia: O Racismo à Brasileira**. In Kon, N. M.; Silva, M. L.; Abud, C. C. (orgs.). O racismo e o negro no Brasil: questões para a psicanálise, p. 59-70. São Paulo: Perspectiva.

VÍCTORA, Ceres Gomes V; KNAUTH, Daníela Ríva; HASSEN, María de Nazareth Agra. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136 p.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1ª edição: 2002.

VIEIRA, Maragarete Cutrim. **Impactos do Programa Bolsa Família na vida das famílias egressas com foco nas mulheres titulares do benefícios em São Luís/MA**. 2017. 114p. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone and VARGAS, Eliane. **A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.4, pp.997-1006. ISSN 1413-8123. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400002>.

WERNECK, Jurema. **Racismo institucional e saúde da população negra**. Saude soc. [online]. 2016, vol.25, n.3, pp.535-549. ISSN 0104-1290. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162610>.

YIN, Robert K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Tradução de Daniela Bueno. Revisão técnica de Dirceu da Silva. Porto Alegre, RS: Penso, 2016.

**APÊNDICES****Apêndice A – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada**

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**1ª Parte: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS****1. IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: \_\_\_\_\_ (iniciais) Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Endereço/Bairro: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Raça/Cor: \_\_\_\_\_

( ) branca ( ) preta ( ) parda ( ) amarela ( ) indígena

**2. DADOS SOCIOECONÔMICOS**

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_ Praticante: Sim ( ) Não ( )

Profissão/ocupação: \_\_\_\_\_ Está trabalhando? \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Filhos: \_\_\_\_\_ (idades)

Mora com quem: \_\_\_\_\_

Renda Individual \_\_\_\_\_ Renda Familiar \_\_\_\_\_

Recebe algum auxílio: \_\_\_\_\_

<b>2ª Parte: PERGUNTAS DISPARADORAS</b>
---

1. O que é Saúde para você?
2. O que é saúde da mulher para você?
3. Já ouviu falar em saúde ginecológica? O que é para você?
4. Você faz alguma coisa para cuidar de sua saúde ginecológica? O quê?
5. O que você acha que é uma boa saúde ginecológica?
6. Quem você procura quando tem algum problema ou dúvida sobre sua saúde ginecológica? (farmácia, amigas, religião)
7. Você acha que tem alguma coisa que você pode fazer você mesma, para cuidar da sua saúde ginecológica? E o que você acha que só tem como cuidar se for com a ajuda das Agentes Comunitárias ou na UBS/Policlínica?
8. Quando você resolve ir na UBS/Policlínica pra cuidar da saúde ginecológica? Rotina ou algum problema específico?
9. Você já passou por consulta ginecológica? Quando foi a última vez?
10. Você já ouviu falar sobre saúde reprodutiva? O que você acha que é?
11. Você acha que sua raça/cor pode ter alguma coisa a ver com a sua saúde ginecológica? Como? você acha que pode ter algumas complicações, problemas de saúde ginecológica/ reprodutiva por causa da sua raça?

Eu vou pontuar algumas doenças ou complicações na saúde reprodutiva (ginecológica) e você me diz se ser negro pode trazer mais risco:

- Morte materna
- Hipertensão arterial
- Diabetes
- Doença falciforme
- Aids
- Mioma
- Câncer de Útero
- Câncer de Mama

## **Apêndice B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

*(De acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde)*

Prezada senhora:

Eu, Taís Costa Bento, estudante do curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, sob orientação da Profa. Dra Silvia Regina Viodres Inoue, estou desenvolvendo a pesquisa “Autocuidado em Saúde Reprodutiva por Mulheres Negras de um Bairro da Zona Noroeste/Santos”. Esta pesquisa é parte dos requisitos necessários para a Dissertação de Mestrado e tem como objetivo: Compreender práticas de autocuidado em saúde reprodutiva da mulher entre mulheres negras de um bairro da Zona Noroeste-Santos. A pesquisa justifica-se pela necessidade de produzir conhecimento sobre a busca de serviços públicos de saúde por mulheres negras.

Se concordar em participar deste estudo a senhora responderá a uma entrevista conduzida por mim, sob a orientação da professora Silvia Regina Viodres Inoue. Se você permitir essa entrevista será registrada em gravador de voz. Você poderá se recusar a responder a qualquer pergunta ou interromper a entrevista se desejar, sem ter qualquer prejuízo. Sua participação neste estudo poderá contribuir na produção de conhecimento sobre a Saúde da Mulher Negra, e poderá acarretar riscos como possíveis desconfortos e constrangimento moral ao relatar algumas situações que você possa ter vivido. Caso isso ocorra, você poderá interromper a entrevista e será encaminhada para um serviço público com atendimento psicológico gratuito mais próximo de sua residência. Você poderá colocar suas dúvidas sobre este estudo antes, durante ou após a pesquisa. Você não será remunerada ou terá gastos por sua participação e sua identidade e das pessoas que você vier a citar não serão reveladas.

Em caso de dúvidas ou esclarecimentos você poderá contatar as pesquisadoras pelo email: taisbento\_@hotmail.com ou pelo número de telefone (13) 32055555. Para denúncias e/ou reclamações referentes aos aspectos éticos da pesquisa o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) poderá ser contatado pelo número (13) 32055555, ramal 1254. As informações colhidas serão utilizadas, única e exclusivamente, aos objetivos propostos para o estudo. Esse termo é preenchido em duas vias, sendo que uma fica com o pesquisador e outra com a senhora.

Eu, \_\_\_\_\_ após ter sido esclarecido pelos pesquisadores e ter entendido o que está acima escrito, ACEITO participar da pesquisa.

Assinatura da participante da pesquisa: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_mestranda em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, sob a orientação da Profª Dra Silvia Regina Viodres Inoue, declaro que obtive espontaneamente o consentimento desta participante para realizar este estudo.

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

NOME: Taís Costa Bento / RG: 39.706.437-8

### Apêndice C – Enunciados

**Tabela 3 – Enunciados Encontrados**

Tipos de Enunciado	Entrevistas																				Total de Ocorrências
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		
Saúde curativa	X		X	X			X	X	X						X	X					8
Saúde é "tudo"	X		X	X			X	X		X		X	X					X	X		10
Cuidado terceirizado ao médico	X	X		X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X			X		14
Relação entre Saúde e Raça	X		X	X	X		X		X					X	X	X	X	X			11
Gravidez		X			X							X				X	X				5
Ausência de doença		X	X		X		X	X	X		X										7
Chá/Banho			X				X	X				X	X			X					6
Necessidade de cuidado				X		X		X	X		X		X	X		X	X	X	X		11
Senso comum					X											X	X				3
Hábitos Saudáveis					X	X					X	X					X	X			6
Saúde como Prevenção											X			X			X		X		4

Fonte: Dados da Pesquisa



