

EDUCAÇÃO E(M) SAÚDE PARA MULHERES NEGRAS

TENSIONAMENTOS A PARTIR DA POLITICA NACIONAL
DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA



SARA ESTER PAES



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – MESTRADO E
DOUTORADO**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Sara Ester Paes

**EDUCAÇÃO E(M) SAÚDE PARA MULHERES NEGRAS: TENSIONAMENTOS A
PARTIR DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA
POPULAÇÃO NEGRA**

Santa Cruz do Sul

2024

Sara Ester Paes

**EDUCAÇÃO E(M) SAÚDE PARA MULHERES NEGRAS: TENSIONAMENTOS A
PARTIR DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA
POPULAÇÃO NEGRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado e Doutorado; Área de Concentração em Educação; Linha de pesquisa Educação, Cultura e Produção de Sujeitos, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC
Orientador: Prof. Dr. Camilo Darsie de Souza

Santa Cruz do Sul

2024

CIP - Catalogação na Publicação

Paes, Sara Ester

Educação e(m) saúde para mulheres negras : Tensionamento a partir da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra / Sara Ester Paes. - 2024.

89 f. : il. ; 29 cm.

Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade de Santa Cruz do Sul, 2024.

Orientação: Prof. Dr. Camilo Darsie Souza.

1. Educação. 2. Saúde. 3. Interseccionalidade. 4. Mulheres negras. 5. Racismo. I. Souza, Camilo Darsie . II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UNISC com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Sara Ester Paes

**EDUCAÇÃO E(M) SAÚDE PARA MULHERES NEGRAS: TENSIONAMENTOS A
PARTIR DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA
POPULAÇÃO NEGRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado e Doutorado; Área de Concentração em Educação; Linha de pesquisa Educação, Cultura e Produção de Sujeitos, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC

Orientador: Prof. Dr. Camilo Darsie de Souza

Prof. Dr. Camilo Darsie de Souza

Prof. Orientador – UNISC

Prof^a. Dr^a. Betina Hillesheim

Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC

Prof^a. Dr^a. Luciana Rodrigues

Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS

Santa Cruz do Sul

2024

Figura 1: Meus cabelos



Fonte: Elaborado por Henrique Gonçalves, 2023.

Dedico esta escrita a minha mãe, Tatiana Maristela Paes.

Espero que esteja orgulhosa, onde estiver.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a mim, por conseguir iniciar este processo de escrita e por me dedicar em momentos difíceis, por me manter firme e forte, enquanto minhas vozes - aquelas que por vezes me incomodam - pediam para desistir.

Agradeço, sequencialmente, a todas as pessoas que passaram pela minha vida e, de certa forma, me ensinaram alguma lição. Somos o que somos pelas nossas vivências e pelas pessoas com quem convivemos. Assim, gostaria de fazer um agradecimento especial a algumas pessoas, entre elas está meu orientador: Camilo Darsie de Souza.

Camilo é uma pessoa muito importante em minha vida, pois foi a partir de uma fala dele que percebi que sou uma mulher negra (tinha dúvidas sobre isso, à época). Esta descoberta mudou todo meu percurso de vida e por isso estou escrevendo esta dissertação. Foi por sua capacidade de ver algo além do que eu via, acerca de minhas capacidades, que hoje estou finalizando um Mestrado em Educação, tendo-o como orientador, desde a Graduação.

Agradeço aos meus amigos: Jardel Mello, amigo há anos, por sempre me ouvir, tanto nas horas boas quanto ruins. Agradeço por acreditar em meu potencial, mesmo em momentos de fragilidade; Everton Rodrigo da Silva, uma amizade surgida na Graduação em Geografia. Carismático, carinhoso e atencioso, sempre disposto a ajudar, trazendo alguma lembrancinha para me motivar no cotidiano, amo! Admiro-o muito e acredito em seu potencial; Henrique Gonçalves, maravilhoso, capaz de tudo, inteligente e amoroso. Sempre determinado a conquistar as coisas que almeja.

Meus amigos fazem parte do que sou e de como me constituí. É por vocês que estou escrevendo esta dissertação. Cada um é uma parte minha e eu os amo por estarem presentes em minha vida.

Agradeço a Helena, pelos podcasts semanais e pelas várias conversas que tivemos sobre meu processo no Mestrado. Muito obrigada por ser essa amiga incrível, que me ouve milhares de vezes, quando repito as mesmas coisas. Adoro muito!

À CAPES¹, pelo apoio financeiro, pois tornou possível esta pesquisa.

¹ Durante meu processo de Pós- Graduação em Educação, fui contemplada com a bolsa Modalidade II PROSUC/CAPES no período de 2022 a 2024.

Agradeço aos meus colegas de pós-graduação, Daniel Schroeder e Guilherme Werlang pelos conselhos, pelas escutas e pelo cuidado.

Agradeço ao Coletivo bell hooks por me acolher em um momento tão complicado de minha vida. Vocês, mulheres, são incríveis. São minhas inspirações.

Ao PPGEDU da UNISC, por proporcionar momentos incríveis, de acolhida e escuta.

RESUMO

O presente trabalho investiga e tensiona a educação em saúde articulada às mulheres negras, apoiando-se no conceito de interseccionalidade, proposto por Kimberlé Crenshaw. Por meio dele, destaca-se a interseção de marcadores sociais que envolvem essas mulheres, tendo em conta as violências às quais muitas são submetidas, mais precisamente, aqui, relacionadas ao direito de acesso à saúde e à educação de qualidade. Além disso, trata daquilo que pode ser reconhecido como a invisibilidade dos potenciais e da vida dessas mulheres, em diferentes esferas da sociedade. É uma pesquisa focada na análise documental, realizada por meio de levantamento de dados e documentos disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Ministério da Saúde. Especialmente, analisa versões da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2010, 2013 e 2017), disponíveis no site do Ministério da Saúde. Nota-se que as orientações relativas ao cuidado da população negra são abordadas pela perspectiva da doença e não pela promoção da saúde ou aumento da qualidade de vida. Assim, há uma escassez de dados nas primeiras edições do documento, bem como, as mulheres negras são colocadas no mesmo patamar de dificuldade dos homens negros, mesmo existindo diferenças dentro do próprio grupo racial ou seja, elas sofrem tripla discriminação. Na última edição da política existem mais dados sobre a saúde destas mulheres, mas nota-se que não há um cuidado a atenção à saúde das mesmas. Além do mais, os marcadores que interseccionam raça, classe e gênero, são os que limitam o acesso a uma saúde e educação de qualidade. Sendo assim, em um primeiro momento, explico os conceitos de racismo institucional/estrutural, aponto a partir de dados, que a partir destes conceitos em conjunto com a interseccionalidade, separam e invisibilizam as mulheres negras dos espaços educacionais e de saúde. Em um segundo momento, apresento a implementação e lutas para chegar na organização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, bem como suas edições. No terceiro momento, discuto por qual viés as mulheres negras são vistas dentro da política, além de abordar como deveria ser estudado a saúde destas mulheres, para que seja possível promover a equidade e garantir o acesso igualitário aos serviços de saúde. Destaco a importância de considerar as especificidades e demandas das mulheres negras, levando em conta fatores como racismo, machismo, e desigualdades sociais. Além disso, ressalto a necessidade de uma abordagem interseccional que reconheça as múltiplas opressões vivenciadas por elas, além da educação em saúde ser um dos elementos importantes no combate às desigualdades e vulnerabilidades sociais. Contudo, é necessário investir em ações educativas em saúde, pois vai além das instituições, pois perpassa seu cotidiano. Profissionais da saúde, bem como as instituições devem promover debates e pesquisas, para que em breve possamos notar a diferença nos indicadores de saúde e educação.

Palavras chaves: Educação; Saúde; Interseccionalidade; Mulheres negras; Racismo

ABSTRACT

This work investigates and tensionates health education linked to black women, based on the concept of intersectionality, proposed by Kimberlé Crenshaw. Through it, the intersection of social markers that involve these women stands out, taking into account the violence to which many are subjected, more precisely, here, related to the right to access health and quality education. Furthermore, it deals with what can be recognized as the invisibility of the potential and lives of these women, in different spheres of society. It is research focused on documentary analysis, carried out through data collection and documents made available by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) and the Ministry of Health. In particular, it analyzes versions of the National Policy for Comprehensive Health of the Black Population (2010, 2013 and 2017), available on the Ministry of Health website. It is noted that the guidelines regarding the care of the black population are approached from the perspective of the disease and not by promoting health or increasing quality of life. Thus, there is a lack of data in the first editions of the document, as black women are placed on the same level of difficulty as black men, even though there are differences within the racial group itself, that is, they suffer triple discrimination. In the latest edition of the policy there is more data on the health of these women, but it is noted that there is no care for their health. Furthermore, the markers that intersect race, class and gender are those that limit access to quality health and education. Therefore, firstly, I explain the concepts of institutional/structural racism, using data to point out that, based on these concepts, together with intersectionality, they separate and make black women invisible in educational and health spaces. Secondly, I present the implementation and struggles to achieve the organization of the National Policy for Comprehensive Health of the Black Population, as well as its editions. In the third moment, I discuss how black women are seen in politics, in addition to addressing how these women's health should be studied, so that it is possible to promote equity and guarantee equal access to health services. I highlight the importance of considering the specificities and demands of black women, taking into account factors such as racism, machismo, and social inequalities. Furthermore, I highlight the need for an intersectional approach that recognizes the multiple oppressions experienced by them, in addition to the fact that health education is one of the important elements in combating social inequalities and vulnerabilities. However, it is necessary to invest in educational actions in health, as it goes beyond institutions, as it permeates their daily lives. Health professionals, as well as institutions, must promote debates and research, so that we can soon notice the difference in health and education indicators.

Keywords: Education; Health; Intersectionality; Black women; Racism

AKOSO²

Iṣẹ lówọlọwọ ẹ̀ ẹ̀ iwadii ati awọ̀n aifọkambalẹ̀ eto ilera ti o sọpọ̀ mọ awọ̀n obinrin dudu, ti o da lori imọran ti intersectionality, ti Kimberlé Crenshaw dabaa. Nipasẹ̀ rẹ̀, ikorita ti awọ̀n asami awujọ̀ ti o kan awọ̀n obirin wọ̀nyi duro jade, ni akiyesi iwa-ipa ti ọ̀pọ̀lọ̀pọ̀ awọ̀n ti wa ni abẹ̀, diẹ̀ sii ni pato, nibi, ti o ni ibatan si ẹ̀tọ̀ lati wọ̀le si ilera ati ẹ̀kọ̀ didara. Pẹ̀lupẹ̀lu, o ẹ̀ pẹ̀lu ohun ti a le mọ̀ bi airi ti agbara ati igbesi aye ti awọ̀n obinrin wọ̀nyi, ni awọ̀n agbegbe oriṣiriṣi ti awujọ̀. O jẹ̀ iwadii ti o ni agbara, ti a ẹ̀ nipasẹ̀ ikojọ̀pọ̀ data ati awọ̀n iwe aṣẹ̀ ti o wa nipasẹ̀ Ile-ẹ̀kọ̀ giga ti Ilu-ilẹ̀ ati Iṣiro ti Ilu Brazil (IBGE) ati Ile-iṣẹ̀ ti Ilera. Ni pataki, o ẹ̀ itupalẹ̀ awọ̀n ẹ̀ya ti Ilana Oriṣẹ̀-ede fun Ilera pipe ti Olugbe Dudu (2010, 2013 ati 2017) , ti o wa lori oju opo wẹ̀bù ti Ile-iṣẹ̀ ti Ilera. Nitorinaa, aisi data wa ninu awọ̀n atejade akọ̀kọ̀ ti iwe-ipamọ̀ naa, bakannaa awọ̀n obinrin dudu ni a gbe sori ipele iṣoro kanna bi awọ̀n ọ̀kunrin dudu, botilejẹ̀pe awọ̀n iyatọ̀ wa laarin ẹ̀gbẹ̀ ẹ̀da ara rẹ̀, iyẹn ni, wọ̀n jija ni igba mẹ̀ta. iyasoto. Ninu ẹ̀da tuntun ti eto imulo naa ni data diẹ̀ sii lori ilera ti awọ̀n obinrin wọ̀nyi, ṣugbọ̀n o ẹ̀ akiyesi pe ko si itoju fun ilera wọ̀n. Pẹ̀lupẹ̀lu, awọ̀n asami ti o intersent ije, kilasi ati iwa ni o wa awon ti o se idinwo wiwọ̀le si didara ilera ati eko. Nitorina, ni akọ̀kọ̀, Mo ẹ̀ alaye awọ̀n imọran ti ẹ̀leyameya ti igbekalẹ̀ / igbekalẹ̀, lilo data lati tọ̀ka si pe, da lori awọ̀n ero wọ̀nyi, papọ̀ pẹ̀lu intersectionality, wọ̀n yapa ati ki o jẹ̀ ki awọ̀n obinrin dudu jẹ̀ alaihan ni awọ̀n aaye ẹ̀kọ̀ ati ilera. Ni ẹ̀ẹ̀keji, Mo ṣafihan imuse ati awọ̀n igbiyanju lati ṣaṣeyọ̀ri iṣeto ti Eto Afihan Oriṣẹ̀-ede fun Ilera Ipele ti Olugbe Dudu, ati awọ̀n atejade rẹ̀. Ni akoko kẹ̀ta, Mo jiroro lori bawo ni a ẹ̀ rii awọ̀n obinrin dudu ni iṣẹ̀lu, ni afikun si sisọ̀ bi o ẹ̀ yẹ̀ ki a ẹ̀ iwadii ilera awọ̀n obinrin wọ̀nyi, ki o jẹ̀ ẹ̀e ẹ̀ lati se igbelaruge inifura ati ẹ̀ri wiwọ̀le dogba si awọ̀n iṣẹ̀ ilera. Mo ẹ̀ afihan pataki ti akiyesi awọ̀n pato ati awọ̀n ibeere ti awọ̀n obinrin dudu, ni akiyesi awọ̀n ifosiwewe bii ẹ̀leyameya, machismo, ati awọ̀n aidogba awujọ̀. Pẹ̀lupẹ̀lu, Mo ẹ̀ afihan iwulo fun ọ̀na ikorita ti o ẹ̀ idanimọ̀ awọ̀n inunibini pupọ̀ ti o ni iriri nipasẹ̀ wọ̀n, ni afikun si ẹ̀kọ̀ ilera jẹ̀ ọ̀kan ninu awọ̀n eroja pataki ni igbejako awọ̀n aidogba awujọ̀ ati awọ̀n ailagbara. Sibesibẹ̀, o jẹ̀ dandan lati ẹ̀ idoko-owo ni awọ̀n iṣẹ̀ eto-ẹ̀kọ̀ ni ilera, bi o ti koja awọ̀n ile-iṣẹ̀, bi o ti n ẹ̀ igbesi aye ojoojumọ̀ wọ̀n. Awọ̀n alamọ̀daju ilera, ati awọ̀n ile-iṣẹ̀, gbọ̀dọ̀ ẹ̀ agbega awọ̀n ariyanjiyan ati iwadii, ki a le ẹ̀ akiyesi iyatọ̀ laipe ni awọ̀n itọ̀kasi ilera ati eto-ẹ̀kọ̀.

Awọ̀n ọ̀rọ̀-ọ̀rọ̀: Ẹ̀kọ̀; Ilera; Ikorita; Awọ̀n obinrin dudu; ẹ̀leyameya

² Optei por inserir um resumo no idioma Yorubá, que apesar de não ser a língua oficial de nenhuma nação, é bastante falado na Nigéria, de onde partiriam muitas negras e negros cujos descendentes vivem no Brasil, atualmente.

Mandume

*Eles querem que alguém
Que vem de onde nós vem
Seja mais humilde, baixe a cabeça
Nunca revide, finja que esqueceu a coisa toda
(E eu) quero é que eles se
Nunca deu nada pra nós, caralho, caralho, caralho)
(Nun-nun-nunca lembrou de nós, ca-ca-caralho, caralho)
(Nun-nun-nunca deu nada pra nós, caralho, caralho)
(Nun-nun-nunca lembrou de nós, ca-ca-caralho, caralho)*

(Emicida, 2015)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Meus cabelos.....	5
Figura 2: Representatividade.....	10
Figura 3: Descoberta.....	13
Figura 4: Mãe.....	14
Figura 5: Diferenças.....	18
Figura 6: Sou eu uma mulher negra?.....	20
Figura 7: O que me cabe?.....	22
Figura 8: Lágrimas negras.....	26
Figura 9: O poder.....	33
Figura 10: Resistência.....	34
Figura 11: Sangue derramado pelo outro.....	36
Figura 12: Os caminhos trilhados.....	37
Figura 13: Corpo.....	39
Figura 14: Estamos aqui.....	41
Figura 15: I Edição da Política.....	42
Figura 16: II Edição da Política.....	44
Figura 17: III edição da Política.....	45
Figura 18: Ancestralidade.....	48
Figura 19: Nossa coroa luta por saúde e educação.....	49
Figura 20: Print.....	51
Figura 21: Print.....	52
Figura 22: Print.....	53
Figura 23: Lástima.....	54
Figura 24: Pensamentos.....	55
Figura 25: mudanças?.....	63
Figura 26: Inclusão.....	65
Figura 27: Representação.....	71
Figura 28: caminhos.....	74
Figura 29: Homenagem.....	84

SUMÁRIO

1. INTERSECÇÃO ENTRE MARCADORES SOCIAIS.....	19
1.1 Interseccionalidade: Educação e Saúde das Mulheres Negras.....	21
1.2 O racismo estrutural/institucional e o machismo.....	25
2. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA.....	35
2.1 Apresentação da política: Lutas e resistências.....	35
2.2 Edições da PNSIPN.....	40
2.3 Percurso de pesquisa.....	47
3. EDUCAÇÃO, SAÚDE E MULHERES NEGRAS NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA.....	50
3.1 Mulheres negras forjadas a partir da PNSIPN.....	56
3.2 Saúde da mulher negra pelas lentes da promoção e educação em saúde.....	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS.....	75

Figura 2: Representatividade



Fonte: Elaborado por Henrique Gonçalves, 2023

INTRODUÇÃO

Penso que seja necessário iniciar esta escrita falando sobre quem sou: uma mulher negra, pobre e bolsista de um programa de pós-graduação, composto predominantemente por pessoas brancas. Porém, os percalços pelos quais passei no decorrer da minha vida e o sofrimento por achar que não me encaixava em nenhum espaço acadêmico - por ter características fora do que é considerado padrão em uma cidade marcada pela colonização germânica - tornaram-se potência e me trouxeram a um lugar que não imaginava, qual seja, um Mestrado Acadêmico em Educação.

Desde pequena, senti muitos medos. Medo de aprender a nadar, de entrar em rios, do escuro, de ser abandonada. Medo de não ser uma boa pessoa - mas, afinal, o que é ser uma boa pessoa? - de ter uma vida insignificante, de ficar parada no mesmo lugar, repetindo os mesmos ciclos: da pobreza, da solidão, entre tantos outros.

Escrever, por exemplo, é algo que mexe com meus medos, pois traz à tona dores que acreditei estarem curadas, principalmente pela possibilidade de não conseguir manifestar meus desejos e argumentos de forma nítida. Percebi, após a elaboração do projeto que conduziu essa pesquisa, que preciso de tempo para me recompor após escritas complexas, pois cada escrita mexe com meus sentimentos, com aquelas dores que quero esquecer e, ao mesmo tempo, aprendi que escrever se torna uma prática de cura.

Nessa direção, destaco que ao ler o livro de Viola Davis, "Em Busca de Mim", observei que sua trajetória e suas memórias me dispararam gatilhos, pois me remeteram à infância e juventude. No primeiro capítulo, a autora conta que quando estava gravando o filme "Esquadrão Suicida", em uma conversa com o ator Will Smith, ele a questionou: "Quem é Viola Davis?"

Viola, então, respondeu que é uma mulher bem sucedida, com vários prêmios e reconhecida mundialmente. Não satisfeito, Will a questionou, novamente, explicando que se enxerga como um menino de 15 anos, com medo. A partir dessa fala, Viola se deu conta que é a menina de 8 anos, que vivia correndo/fugindo após o término das aulas para não apanhar dos meninos, que estava sempre com frio e fome, que morava em um lugar precário com sua família e que não tinha condições financeiras suficientes para uma vida confortável.

Lendo isso, me questionei sobre quem é Sara Ester Paes? Quem sou de verdade? Percebi que sou muitas coisas, mas a verdadeira Sara, pelo que sinto, é aquela garota de 9

anos que acompanhava a mãe nas consultas de quimioterapia e radioterapia. A menina que ficava na sala de espera do consultório olhando revistas e imaginando ser, no futuro, bem sucedida, muito bonita, feliz com um parceiro que a amasse, com amigos e conhecidos que a reconhecessem pelas suas virtudes. A menina que ajudava a mãe nos afazeres de casa, que ia ao mercado sozinha e voltava com muitas sacolas que mal conseguia carregar. A menina que ia ao centro para receber o Bolsa Família, que sabia pegar ônibus sem ajuda de adultos, que tinha muitas dores nos joelhos durante a madrugada, evitando chorar para não acordar os pais e que quando não dava mais conta de suportar, chorava em silêncio até que seu pai aparecesse com uma pomada milagrosa para massagear seus joelhos. Esta mesma menina, acolheu sua mãe doente, estando presente em seus momentos mais sombrios.

Tatiana Maristela Paes, minha mãe, foi uma mulher de um 1,75, com cabelos pretos, volumosos, compridos e um sorriso apaixonante - dona de uma beleza única - que decidiu voltar a estudar aos 32 anos, pois queria um emprego capaz de proporcionar uma vida melhor para seus filhos. Ela cursava a EJA noturna, em 2009, quando descobriu que estava com câncer de mama, no mesmo período em que estava grávida - lembro que a descoberta aconteceu, mais ou menos, aos 5 meses de gestação.

Com este diagnóstico, sua vida mudou completamente, pois teve que parar de estudar e iniciar o tratamento. No início, o câncer era benigno, mas não demorou para entrar em metástase. Seu corpo sofria diversas mudanças, além dos sintomas da gravidez, como queda de cabelo, fraqueza, dor na mama, entre outros que não me recordo. Tentar descrever o momento é tão difícil, pois são vários detalhes que não consigo por em palavras.

Figura 3: Descuberta



Fonte: Elaborado por Henrique Gonçalves, 2023

Figura 4: Mãe



Fonte: Elaborado por Henrique Gonçalves, 2023.

Mesmo diante desta situação, meu irmãozinho nasceu saudável, no dia 09 de julho de 2009, com peso considerado bom para uma criança prematura. Ele tinha muitos cabelos, assim como minha mãe. Desde então, estive presente em sua vida, cuidando-o e amando-o, já que nossa mãe não conseguia amamenta-lo e raras eram as vezes em que conseguia segurá-lo em seus braços.

Neste período, sua doença piorou e ela necessitava de andador para “caminhar”, não conseguia mais sair de casa, ficando deitada e levantando apenas para tomar banho. Sua vida se transformou em sofrimento e melancolia durante um ano e meio. Após, faleceu deixando um vazio enorme em minha vida. Sinto sua partida como um ferimento que não cura, até hoje. Em alguns momentos, a sensação é de que alguém está arrancando meu coração e, em outros, é como se nunca tivesse existido tal vazio, pois criei mecanismos para desviar da dor.

Portanto, sou a Sara, a menina que sempre estive à disposição de sua mãe, pois acredita que deve ser horrível estar em uma situação agonizante sem cuidados. A menina que, hoje, ainda sente falta da mãe e que tenta, de algum modo, desenvolver uma pesquisa que ajude a amenizar os sofrimentos de outras mulheres negras.

Partindo disso, a pesquisa que apresento surgiu por meio do que acredito ser uma necessidade social, qual seja, a de falar sobre educação e sobre saúde, de forma articulada, considerando situações que envolvem as vidas das mulheres negras. Destaco que já existem dados sobre o tema, especialmente por não ser a primeira pessoa a se preocupar com o tema, mas entendo que ainda são poucas as pesquisas, os documentos e as discussões que abordam a saúde destas mulheres por meio de uma lógica de educação para a promoção da saúde em lugar da prevenção de doenças.

Neste sentido, apresento uma pesquisa documental, realizada por meio de levantamento de dados, documentos, cartilhas e orientações disponibilizados pelo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Ministério da Saúde brasileiro tensionados a partir de referencial teórico relativo ao campo. As(os) principais autoras(es) que utilizo são negras(os) para embasar e visibilizar este trabalho. Mais precisamente, trata-se de uma pesquisa em que utilizei versões da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2010, 2013 e 2017), disponíveis no site do Ministério da Saúde e os tensionar de modo a problematizar as verdades que os produzem e que, ao mesmo tempo, fazem circular.

Acredito que esses documentos operam como recortes discursivos que permitem verificar como é orientada - ou não - a educação em saúde para mulheres negras, pois dão pistas sobre como estas mulheres são posicionadas pelas políticas públicas e pelos conhecimentos que envolvem os campos da saúde e da educação. Certamente, não considero que os documentos constituem, sozinhos, os modos como as mulheres negras são compreendidas, em seus argumentos, mas, de forma mais ampla, sistematizam e materializam redes de práticas, de enunciados e de concepções que os permitem existir e que se replicam e se transformam a partir deles.

Para tensioná-los, utilizo, principalmente, o conceito de interseccionalidade, proposto por Kimberlé Crenshaw (1989), na direção de destacar a interseção de marcadores sociais que envolvem as mulheres negras e que produzem as violências às quais são submetidas, diariamente. Além disso, me apoio nas noções de prevenção de doenças e de promoção da saúde para salientar as orientações que os compõem. Os argumentos que proponho, portanto, foram constituídos a partir do seguinte questionamento: **Como é abordada a educação e(m) saúde das mulheres negras mediante a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)?**

A análise das versões da política de saúde me revelou uma lacuna na abordagem de promoção de saúde, apesar de o conceito aparecer ao longo dos documentos. A falta de aprofundamento nesse aspecto me conduziu à busca de outro documento centrado na saúde das mulheres negras, com base na perspectiva da promoção em saúde, que será apresentado. Nesse contexto, meus argumentos operam na direção de fortalecer uma ideia que é baseada na lógica da educação em saúde como forma de empoderamentos das mulheres negras. Entendi, por meio do estudo, que esse é o caminho para o fortalecimento das vidas e das condições de acesso à saúde por essas mulheres.

Para tanto, as imagens que aparecem no decorrer da dissertação, são elaboradas pelo Henrique Gonçalves³, amigo de longa data. Cada imagem foi pensada para compor a escrita deste trabalho. As imagens representam empoderamento e resistência, além de fazer com que o leitor possa lê-las, pois contam histórias do passado e do presente.

³ Apresentação do autor e informações complementares, consta no final desta pesquisa.

Dito isso, aponto que nas páginas que seguem, apresento minhas intenções, caminhos de pesquisa, argumentos e reflexões de modo a qualificar, na medida do possível, as discussões relativas ao tema. Assim, a dissertação está dividida em três capítulos: 1) “Intersecção entre os marcadores sociais”, no qual abordo marcadores sociais - gênero, raça e classe - que apartam as mulheres negras de diferentes ambientes e grupos humanos, como os laborais, educacionais e sanitários; 2) “Política Nacional de Saúde Integral da População Negra”, em que destaco, de forma sucinta, a evolução da saúde pública no Brasil, destacando, as lutas sociais pela garantia pela saúde pública e de qualidade e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990. Em seguida, é apresentada a Política Nacional de Saúde da População Negra (PNSIPN), articulada à história da escravidão, à formação de quilombos e à luta por direitos da população negra. O capítulo descreve a criação e implementação da PNSIPN, descrevendo seu papel no combate ao racismo no campo da saúde. São apresentadas três edições da política (2010, 2013 e 2017) e seus respectivos planos operativos, os quais operam com estratégias para melhorar o acesso da população negra aos serviços de saúde, reduzir as desigualdades e combater o racismo institucional. No entanto, aponta para desafios na efetiva implementação da política, destacando a necessidade de superar barreiras estruturais e cotidianas que impactam negativamente os indicadores de saúde dessa população. 3) “Educação, Saúde e mulheres negras”, o capítulo busca problematizar a representação e atenção dadas às mulheres negras na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, ressaltando que há falta de um cuidado integral em seus cotidianos. A política não deve focar apenas no controle e prevenção de doenças, mas também investir na promoção da saúde das mulheres negras, articulando os campos da saúde e da educação para abordar suas necessidades. Tais capítulos são de extrema importância para pensar na intersecção entre os marcadores sociais, onde, a partir de dados comprovam que as mulheres negras são apartadas dos espaços educacionais e de saúde.

“Fazem de nós os 'objetos' de seu discurso privilegiado sobre raça”.

(hooks, 2015, p. 205).

Figura 5: Diferenças



Fonte: Elaborado por Henrique Gonçalves, 2023.

1. INTERSECÇÃO ENTRE MARCADORES SOCIAIS

Nossa sociedade tem vivenciado diversas mudanças e ações de resistência associadas aos processos de exclusão social, especialmente, nos últimos anos. Tais movimentos, certamente, não são considerados unanimidade, mas, felizmente, têm se multiplicado e se tornado mais intensos, principalmente, por meio dos esforços de grupos que lutam por melhores condições de vida e pela garantia de direitos básicos para sujeitos que sofrem com desigualdades e vulnerabilidades sociais. Nesse sentido, entre outros grupos que ainda podem ser considerados marginalizados - povos indígenas, pessoas com deficiências, idosos, etc. - detenho-me a tensionar questões que envolvem as vidas de mulheres negras, desde a perspectiva da educação e da saúde, associadas às discussões que envolvem gênero, raça e classe.

Diante disso, é importante destacar que, segundo Pauline Almeida (2022), pessoas brancas possuem 40% a mais de rendimentos financeiros que as negras, pois têm maiores possibilidades de acesso à educação superior, enquanto negros ainda são minoria nestes espaços. Além disso, conforme apontado por Paes e Darsie (2022), existem assimetrias entre as oportunidades e desafios que envolvem homens e mulheres negras. Ainda é comum que as mulheres negras usufruam de menores oportunidades laborais, educacionais e sanitárias, por exemplo, quando comparadas aos homens negros. Ademais, é sabido que pessoas negras são as que mais sofrem com abordagens policiais e violências cotidianas, pois são vistas de forma pejorativa, em decorrência do racismo que atravessa as sociedades.

Neste contexto, o racismo e o machismo são elementos que organizam as sociedades, há muitos anos, orientando condutas e modos de pensar. Eles definem as posições que determinados grupos sociais constituindo as perspectivas pelas quais brancos, negros, homens, mulheres, entre outros, são vistos pela sociedade. É possível afirmar que as mulheres negras ainda são aquelas que ocupam a posição menos privilegiada nas sociedades, pois aos preconceitos associados às cores de suas peles, somam-se as desigualdades de gênero e as condições econômicas que as envolvem. Segundo Lélia Gonzalez (2020, p. 50) “ser negra e mulher, no Brasil [...] é ser objeto de tripla discriminação, uma vez que os estereótipos gerados pelo racismo e pelo sexismo a colocam no nível mais alto de opressão”.

Desse modo, neste capítulo, atento, especialmente, a dois marcadores sociais - raça e gênero - de modo a mostrar a sobreposição deles no que se refere à educação e à saúde de mulheres negras. Conseqüentemente, questões relacionadas à classe atravessam as discussões,

pois são as desvantagens de oportunidades disparadas pelo fato de serem mulheres e negras que, em muitas situações, desencadeiam menores condições econômicas.

Figura 6: Sou eu uma mulher negra?



Fonte: Elaborado por Henrique Gonçalves, 2023

1.1 Interseccionalidade: Educação e Saúde das Mulheres Negras

No intuito de mostrar como as mulheres negras são vistas em nossa sociedade e as formas de opressão direcionadas a elas, utilizo o conceito de interseccionalidade⁴, proposto por Kimberlé Williams Crenshaw, em um artigo publicado em 1989, intitulado “Desmarginalizando a intersecção de raça e sexo: uma crítica feminista negra da doutrina antidiscriminação, teoria feminista e políticas antirracistas”. Nele, a autora propõe que

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento” (Kimberlé Crenshaw⁵, 2002, p. 177).

O conceito proporciona identificar as opressões racistas, patriarcais e classistas. No livro “Interseccionalidade”, Patricia Hill Collins e Bilge (2020) examinam as origens da interseccionalidade, o seu crescimento e a forma como esse entendimento vai se desenvolvendo em escala global, em interação com outras temáticas importantes, como as mudanças climáticas, ambientais, sociais e políticas.

Segundo as autoras, a interseccionalidade “é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas”. Além disso, “investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana” (Collins e Bilge, 2020, p. 16).

A utilização do conceito como ferramenta analítica por pesquisadoras negras, retrata a vivência demarcada pela estrutura social, baseando-se na premissa de que as relações que envolvem raça, gênero e classe não são distintas. Ao contrário, elas se sobrepõem e se fundem, embora às vezes se tornem invisíveis, afetando significativamente a estrutura social.

⁴ O conceito foi formalizado pela Crenshaw em 1989, porém tanto no Brasil e nos Estados Unidos, já havia discussões entre as intersecções dos marcadores sociais antes da sistematização do termo.

⁵ Durante o período da escravidão, os africanos perderam seu nome de origem ao chegar no Brasil, recebiam nomes católicos e sobrenomes de seus senhores. Como forma de visibilizar e quebrar esta lógica racista e machista, utilizo o nome completo de escritoras negras(os).

Elaine Nascimento, Fábio Cabral e Lucas Cerqueira (2019) referem que a interseccionalidade decorre de realidades históricas que dão origem a ideologias e práticas de exploração e dominação, que interferem nos movimentos de luta e resistência. Para Carla Akotirene (2018, p. 17), “é da mulher negra o coração do conceito de interseccionalidade.”

Neste sentido, é importante ser observado que “as mulheres negras são as que mais sofrem com os desafios sociais, representando 39,8% da extrema pobreza e 38,1% das pessoas em situação de pobreza”. (Criola, 2021, p. 27). Tais questões fazem com que as mulheres negras sofram com as opressões relacionadas à raça, à classe, ao machismo e ao sexismo. São estes elementos que invisibilizam e marcam uma dada posição que ocupam na sociedade. No quesito educação, embora tenham havido melhorias de acesso para esta população, nos últimos anos, os índices associados às mulheres negras permanecem abaixo daqueles referentes às mulheres brancas.

Figura 7: O que me cabe?



Fonte: Elaborado por Henrique Gonçalves, 2023.

Segundo dados do Pnad (2018 *apud* Portella, 2022), no que se refere a taxa de analfabetismo, as mulheres brancas representam 4,1% e as mulheres negras 9%. Em relação a conclusão do Ensino Médio, as mulheres brancas compõem 81,6% da taxa de conclusão, enquanto as mulheres negras 67,6%. As mulheres brancas são as que mais passam tempo na escola 10,2 anos enquanto as mulheres negras permanecem, em média, 8,5 anos. No que se refere ao Ensino Superior, o ingresso de mulheres negras em universidades públicas é de 16% e 84% em instituições privadas. Segundo, reportagem disponibilizada pelo Carta Capital (2023, [(ONLINE)]),“ o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (Inep), no ano de 2006, diz que elas representavam 28% entre os estudantes bolsistas do PROUNI nos 10 cursos mais procurados no Ensino Superior, este número aumentou em 2020 para 38%”.

Desse modo, mesmo que uma parcela pequena das mulheres negras consiga ter acesso ao Ensino Superior, na maioria das vezes, a partir de políticas públicas, nota-se que permanece marginalizada a presença destas mulheres nesses ambientes. Sobre isso, destaco que emerge a necessidade de alianças⁶ entre mulheres universitárias, visto que os debates acadêmicos e debates construídos por outras mulheres feministas operam como espaços onde, na teoria, “espera-se que os processos de exclusão e opressão não sejam reforçados, mas sim questionados.” (Silva e Mesquita, 2020, p. 345).

Ainda, é importante lembrar “que muitas negras, mesmo nos dias de hoje, não conseguem terminar a Educação Básica, pois surgem outras questões consideradas prioritárias: trabalho infantil; gravidez na adolescência; problemas alimentares; falta de incentivo dos pais” (Paes e Darsie, 2022, p. 189). Neste sentido, percebe-se uma diferença significativa entre as mulheres brancas e negras, quando observadas a partir dos marcadores de raça. Isso mostra que as posições que as mulheres negras ocupam são marcadas pela desigualdade imposta pelo racismo. As mulheres negras, portanto, estão na base da sociedade - em situação de desvantagem -, sendo vítimas, cotidianamente, de todos os tipos de violências. Baseada nisso, Sueli Carneiro (2003) diz que,

fazemos parte de um contingente de mulheres ignoradas pelo sistema de saúde na sua especialidade, porque o mito da democracia racial presente em todas nós torna desnecessário o registro da cor dos pacientes nos formulários da rede pública, informação que seria indispensável para avaliarmos as condições de saúde das mulheres negras no Brasil, pois sabemos, por dados de outros países, que as mulheres brancas e negras apresentam diferenças significativas em termos de saúde (p. 2).

⁶ Para Butler (2018), as alianças devem ser formadas entre grupos distintos para que possam enfrentar as condições precárias e para tanto, reconhecer as complexidades individuais e coletivas.

Segundo dados do Ipea (2011), 50% da população que utiliza o Sistema Único de Saúde (SUS) é negra. Contudo, dados comprovam que as mulheres negras “continuam sendo a maioria das mortalidades maternas e enfrentando a violência obstétrica ou outros tipos de violências que afetam a saúde” (Oliveira e Kubiak, 2019, p. 241). Tratando-se de violência obstétrica, destaco que muitas mulheres negras retratam que já sofreram algum tipo de violência na gestação ou no momento do parto. De acordo com Jurema Werneck (2016, p. 941), “a violência obstétrica é definida pela apropriação dos processos reprodutivos das mulheres por meio de um tratamento desumanizado que inclui o abuso da medicalização e patologização de processos naturais.” Jarid Arraes (2014, [online]), em reportagem disponibilizada pelo Portal Geledés, afirma que

Mulheres negras costumam receber em média menos tempo de atendimento médico que mulheres brancas e que compõem 60% das vítimas da mortalidade materna no Brasil. Além disso, somente 27% das mulheres negras tiveram acompanhamento durante o parto na pesquisa, ao contrário dos 46,2% das mulheres brancas; e 62,5% das mulheres negras receberam orientações sobre a importância do aleitamento materno, preteridas em favor dos 77% das mulheres brancas.

Entre janeiro de 2020 e fevereiro de 2021, a taxa de óbitos por aborto entre as mulheres negras foi de 45,21% contra 17,81% das mulheres brancas. (Criola, 2021). Os índices mostram, ainda, que as mulheres negras são atravessadas pela fome, pela extrema pobreza e pela precariedade de acesso à educação e à saúde. Diante disso, Souza e Vicente (2023, [ONLINE]), afirmam que “além da mortalidade infantil, diabetes e hipertensão que afetam fortemente as mulheres negras brasileiras, a anemia falciforme é muito comum entre elas, e essa condição apresenta maior risco de abortamento e complicações durante o parto”.

Tais dados comprovam a situação de desvantagem em que grande parte das mulheres negras estão inseridas, pois mesmo existindo protocolos para atendimentos, são elas que sofrem, prioritariamente, com várias formas de opressão e violência. De acordo, com Souza e Vicente (2023, [ONLINE])

Alguns estudos revelam que a mulher negra possui o pior acesso à qualidade de atendimento em saúde, isso é reflexo de um racismo institucional e sistêmico presente na nossa sociedade. Precisamos analisar a saúde da mulher negra no contexto histórico brasileiro e isso requer reflexões de diversos fatores como os sociais que impactam a vida dessa população e os ambientais que dificultam os acessos (s/n).

De acordo com Werneck (2016, p. 941), “o racismo e o sexismo repercutem de diferentes formas na sociedade, implicando restrições específicas dos direitos das populações

vitimadas, e, ao se tratar de mulheres negras, considerando, ainda, a ação de um duplo preconceito”. Neste mesmo seguimento, Carneiro (2011, p. 118), diz que “a conjugação do racismo com o sexismo produz sobre as mulheres negras uma espécie de asfixia social com desdobramentos negativos sobre todas as dimensões da vida, que se manifestam em sequelas emocionais com danos à saúde mental e rebaixamento da autoestima”. A exemplo disso, as mulheres negras possuem menos expectativa de vida e maior taxa de morte por transtornos mentais, quando comparadas a mulheres brancas. (Werneck, 2016). A falta de conhecimento da mulher negra sobre sua saúde, reforça as estruturas racistas e machistas.

Desse modo o conceito de interseccionalidade mostra/aponta estas violências sofridas, bem como deixa nítido que os marcadores sociais se sobrepõem, deixando um abismo no que se refere às diferenças entre mulheres negras e brancas, que apenas o feminismo não dá conta, quando orientado por mulheres brancas. Neste contexto, percebe-se que há uma carência de conhecimento sobre a saúde dessas mulheres, tal como a falta de protagonismo no que se refere à educação. A ideia não é esgotar o conceito de interseccionalidade, mas mostrar que tais opressões estão nítidas em ambos os setores, na sociedade.

Na próxima seção, serão discutidos dois conceitos importantes, o racismo e o machismo, para destacar seus atravessamentos nas estruturas das sociedades e como eles se solidificam, tornando-se obstáculos na vida das mulheres negras.

1.2 O racismo estrutural/institucional e o machismo

A organização da sociedade brasileira que conhecemos, atualmente, constituiu-se a partir do período da escravidão, no qual “o papel do negro escravo foi decisivo para o início da história econômica de um país fundado sob o signo do parasitismo imperialista. Sem o escravo a estrutura econômica do país jamais teria existido” (Abdias Nascimento, 1978, p. 49). A partir disso, negras e negros passaram a ser entendidos e descritos como sujeitos inferiores quando comparados às pessoas brancas. Este pensamento “estruturou-se a partir dos discursos escravocratas que sustentavam o deslocamento de pessoas africanas para o Brasil e promoviam o agrupamento desses sujeitos no “estrato inferior da hierarquia sociorracial” (Lopes e Werneck, 2000, p. 16).

Figura 8: Lágrimas negras



Fonte: Elaborado por Henrique Gonçalves, 2023

A construção dessa ideia de inferiorização, até os dias de hoje, em muitos casos, é utilizada para justificar a falta de pessoas negras nos espaços laborais, círculos sociais e demais lugares que envolvem os cotidianos de muitas pessoas. Desse modo, é a partir destas ideias que a população negra tornou-se alvo de diversos tipos de racismo, entre eles, o racismo estrutural e o racismo institucional.

Segundo Silvio Almeida (2020), não se sabe ao certo a etimologia do termo *raça*, porém, pode-se afirmar que seu significado esteve ligado a classificação de plantas e espécies animais. Em vista disso, o conceito apareceu, pela primeira vez, na Zoologia e Botânica. Conforme Kabengele Munanga (2004, p. 1) o termo surgiu do italiano *razza*, que derivou do latim *ratio*, que significa sorte, categoria ou espécie.” Durante muitos anos, o conceito de *raça* foi se modificando até chegar ao modo como se convencionou no século XVIII, conhecido como século das luzes, pelo fato de os iluministas passaram a contestar o monopólio do conhecimento e da razão por parte da Igreja Católica. Estas contestações surgiram a partir da não aceitação das explicações que eram oficializadas sobre a história da humanidade que não contemplavam os novos povos descobertos.

Diante dessas tensões, lançou-se mão do conceito de raça, já existente nas ciências naturais, para nomear as novas comunidades. Tal situação oportunizou o nascimento de uma “nova disciplina chamada História Natural da Humanidade, transformada mais tarde em Biologia e Antropologia Física” (Kabengele Munanga, 2004, p. 2). Almeida (2020) assegura que o iluminismo foi o precursor da classificação de diferentes grupos humanos em suas características físicas e culturais e que esta forma serviria para além do conhecimento filosófico, como uma ferramenta de colonização dos europeus contra os povos das Américas, África, Ásia e Oceania. Diante disso, no século XIX, além da cor de pele ser um determinante racial, outros fatores como o formato do nariz, da boca, dos lábios e do crânio foram acrescentados à lista de elementos classificatórios.

Com o avanço da ciência biológica e da genética no século XX, o conceito de raça foi abandonado pelos estudiosos como uma distinção biológica, porque “os marcadores genéticos de uma determinada raça poderiam ser encontrados em outras e, portanto, experiências genéticas comprovaram que pretos, brancos e amarelos não tinham marcadores genéticos que os diferenciam enquanto raças. “Embora as heranças genéticas dos humanos sejam diferentes, as diferenças são insuficientes para classificá-los em raças” (Schuman, 2010, p. 44).

No entanto, a ideia de raça pode ser considerada, atualmente, como um marcador ideológico. Segundo Munanga (2004), a raça é ideológica porque carrega princípios como a relação de poder e de dominação. Desta forma o conceito de raça é utilizado enquanto uma “realidade social e política, considerando a raça como uma construção sociológica e uma categoria social de dominação e de exclusão” (p. 6). Com base no conceito de raça, entende-se que se opera o racismo, sua naturalização e a discriminação racial.

Diante disso, o racismo estrutural representa a organização de uma sociedade que privilegia determinados grupos em detrimento de outros. O racismo, enquanto modo de ver o mundo, estrutura culturas “integrando a organização política e econômica da sociedade, trazendo à tona a formação de territórios desiguais, em diferentes escalas” (Paes e Darsie, 2022, p. 185). Almeida (2020) afirma que “o racismo é uma forma sistemática de discriminação” (p. 32). Do ponto de vista teórico, o racismo cria condições sociais para que grupos sejam regularmente discriminados racialmente, com violências ocorrendo a todo momento (Ibidem). Contudo, umas das características marcantes do racismo, segundo Carneiro (2011) “é a maneira pela qual ele aprisiona o outro em imagens fixas e estereotipadas, enquanto reserva para os racialmente hegemônicos o privilégio de serem representados em sua diversidade” (p. 65).

Segundo esse argumento, o racismo no Brasil se desenvolveu a partir dos discursos que referem que negros são inferiores a brancos. Isso ocorre com pessoas de ascendência africana que enfrentam diferenças baseadas em estereótipos raciais. O racismo, neste contexto, é manifestado de forma cordial, quase imperceptível e pode ser analisado como uma estratégia para ser negado.

Já o racismo institucional, está ligado às instituições nos mais variados setores e instâncias. “Possivelmente é a dimensão mais negligenciada do racismo, desloca-se da dimensão individual e instaura a dimensão estrutural, correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais” (Werneck, 2016, p. 541). Neste sentido, Almeida (2020, p. 47) diz que “se é possível falar de um racismo institucional, significa que a imposição de regras e padrões racistas por parte da instituição é de alguma maneira vinculada à ordem social que ela visa resguardar”. Desse modo, as instituições são responsáveis pela manutenção deste tipo de racismo, mantendo os padrões e alimentando estas desigualdades. Segundo Paes e Darsie (2022):

Ele está associado ao que podemos chamar de “desencaixe” das pessoas negras aos modelos estéticos valorizados por determinadas empresas, por exemplo. Outro destaque pode ser dado às Universidades, pois nelas, por meio da composição de suas regras, são estabelecidos padrões que se vinculam à ordem e à tradição de formação de excelência que, na maioria dos casos, demanda oportunidades e condições de acesso baseados em conhecimentos anteriores ao ingresso em cursos de graduação e pós-graduação. Além de ser um fator de exclusão no que se refere à saúde da mulher negra (p. 185).

Gonzalez (1988), sobre isso, identifica duas formas de racismo, quais sejam, o aberto e o disfarçado. Para autora, o racismo aberto é encontrado nos países anglo-saxões, de origem germânica e holandesa, em que negra é considerada a pessoa que tem antepassados negros - o chamado “sangue nas veias”. “A miscigenação nesse contexto é impensável na medida em que o grupo branco quer manter sua superioridade e pureza sobre os outros grupos” (Oliveira *et al.*, 2020, p. 101). O racismo disfarçado ou racismo de denegação é prevalente nas sociedades de origens latinas, onde predominam as teorias da miscigenação e do mito da democracia racial, conforme destacado pela autora. Este tipo de racismo prevalece de forma eficaz na alienação dos discriminados, sendo chamado de racismo à brasileira.

O “racismo à brasileira” é a neurose cultural brasileira que “seria a denegação de nossa latinoamefricanidade que se volta contra aqueles que são o testemunho vivo da mesma (os negros e negras), ao mesmo tempo que diz não o fazer (democracia racial brasileira)” (Gonzalez, 1988, p. 69).

Desse modo, vale ressaltar que o racismo separa, incrimina e discrimina pessoas de cor, porque marginaliza grupos considerados minoritários, empurrando-os para as margens de uma sociedade preconceituosa, constituindo-se em um processo violento e tolerável.

Neste mesmo contexto de intersecções estruturadas por marcadores sociais, temos o machismo estrutural. É possível, e necessário, afirmar que existe uma cultura machista, onde as mulheres sofrem com repressões impostas pela estrutura que vivemos. Segundo Oliveira *et al.*, (2020, p. 96) “é a forma como posicionamos os ideais de ser mulher e de ser homem dentro de uma sociedade, definindo e dividindo papéis em razão do gênero e dando um tratamento desigual para as pessoas”. Assim, mesmo existindo direitos fundamentais na Constituição Brasileira (1988), percebe-se que há uma forte cultura machista, por meio da qual o homem é privilegiado quando se refere às mulheres, pois o patriarcado influencia as relações sociais hierarquizando-as a partir do gênero. O privilégio masculino, está relacionado a um modelo falocêntrico, “onde o que um homem faz com seu pênis se torna o caminho maior e mais acessível para garantir o status masculino” (bell hooks, 2019 p. 139).

Segundo Vianna (2021, p.04) “bell hooks considera que o patriarcado é uma norma cultural de identidade que concede poder, privilégio e prestígio a partir da masculinidade”. Para hooks, o poder patriarcal é um privilégio de todos os homens, pois utilizam deste meio de poder para reprimir as mulheres. Patriarcado é o privilégio que os homens têm sobre as mulheres, independentemente da raça e da classe. Quando análises são realizadas em cima destes marcadores, nota-se que as violências se tornam nítidas, sendo imprescindível existir meios para combater essas desigualdades (hooks, 2019).

Tendo em conta que são as mulheres que mais sofrem com desigualdades salariais, econômicas, abusos físicos e psicológicos, falta de acesso a direitos básicos e de decisão sobre seus corpos, é importante frisar que dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, mostram que, no Brasil, as mulheres recebem 20% a menos que os homens, mesmo ocupando as mesmas funções e tendo os requisitos necessários para os cargos. Esta discrepância entre os gêneros ainda persiste em nossa sociedade, mostrando que mesmo havendo avanços significativos nas políticas públicas, ainda ocorre, na base, o patriarcalismo e o machismo. Desse modo, “a mulher teve seu espaço restrito às áreas domésticas e por muito tempo foi vista como propriedade do seu marido, tendo as leis civis acentuado e legitimado essa situação com imposições e restrições no que se refere ao nome” (Oliveira *et al.*, 2020, p. 97-98).

Porém, quando aproximamos as discussões sobre gênero às de raça e classe, vemos que as disparidades existentes entre os dois grupos são muito maiores, pois não há como compará-las, principalmente porque a população negra passou por um processo de escravização que deixou marcas significativas. Por isso, “as mulheres negras compõe a base da sociedade, estando abaixo das mulheres brancas, do homem negro e do homem branco, enfrentando assim opressões que partem desses outros grupos” (Assis, 2018, p. 2), caracterizando o que se entende por interseccionalidade.

No que tange ao quesito classe, segundo reportagem do Agência Brasil, escrita por Isabela Vieira (2016, [ONLINE]), no período de 2005 a 2015, ocorreu aumento no número de pessoas negras entre os brasileiros mais ricos, 11,4% para 17,8%. Contudo, os negros ainda ficam abaixo do percentual de brancos, mesmo em um país predominantemente negro. Em relação ao 1% mais rico, a população branca é maioria, representando oito em cada dez pessoas. A população negra representa 55,8% da população brasileira e são os que mais ocupam o ranking de extrema pobreza, refletindo 75% daqueles que se encontram nessa situação. Conforme Madeiro (2019, [ONLINE]), “no estrato dos 10% com maior rendimento per capita, os brancos representavam 70,6%, enquanto os negros eram 27,7%. Entre os 10% de menor rendimento, isso se inverte: 75,2% são negros, e 23,7%, brancos.”

As mulheres negras são as que sofrem mais com tais marcadores, pois carregam o estigma do que é ser uma mulher negra numa sociedade patriarcal e racista. Há enunciados que classificam estas mulheres como serviçais, remetendo a forma que viviam na escravidão, além de serem vistas como objeto sexual (Gonzalez, 1984). Desse modo, a imagem da mulher negra, constituída em nossa sociedade, vem de muitos séculos de sofrimento, torturas e desprezo. Nesse sentido, destaco que é pelo processo de escravização que as mulheres negras passaram a ocupar o degrau mais baixo da sociedade, sendo submetidas ao racismo e ao machismo (Paes e Darsie, 2022).

Segundo dados do IBGE (2019), a população negra supera a maioria da força de trabalho. Em 2018, tal contingente correspondeu a 57,7 milhões de pessoas, ou seja, 25,2% a mais do que a população branca na força de trabalho, que totalizava 46,1 milhões. No entanto, em termos de subutilização e desocupação, a população negra está mais caracterizada. Apesar de representarem pouco mais da metade da força de trabalho, negros e negras representam quase um quarto dos desempregados (64,2%) e dos subempregados (66,1%). Dessa forma, a informalidade no mercado de trabalho está relacionada às condições precárias que essa população enfrenta, como a falta de direitos básicos que limitam a remuneração, a

aposentadoria e outros direitos. Nesse caso, com base no salário mínimo de 2018, o rendimento médio mensal das pessoas brancas consideradas ocupadas (R\$2.796) foi 73,9% maior do que o das pretas ou pardas (R\$1.608) (IBGE, 2019). Essa diferença corresponde a um padrão que se repete, anos após anos.

De acordo com o IBGE (2019), quando se trata de raça e gênero, há uma maior ênfase na raça, com uma disparidade percebida entre as populações, devido à segregação e menores oportunidades educacionais e de emprego. Em relação ao gênero, enquanto as mulheres brancas receberam, em 2018, 78,7% do rendimento dos homens, as mulheres pretas ou pardas receberam apenas 57,5%. Em vista disso, o salário dos homens brancos é superior ao de 44,4% das mulheres pretas ou pardas, que recebem menos da metade dos valores. No que diz respeito às mulheres brancas, também recebem valores maiores que negras e negros. Homens pretos e pardos ganham mais, apenas, do que as mulheres da mesma cor. Giselle Pinto (2016), sobre isso, afirma que é comum mulheres negras receberem menos que homens brancos em todo o país, além de saírem mais tarde do mercado de trabalho e contarem com menores oportunidades de ascensão.

Neste sentido, percebe-se uma diferença significativa entre os grupos masculino e feminino e de brancos e negros, quando observadas a partir dos marcadores de gênero e raça. Isso mostra que o lugar que as mulheres e homens negros ocupam são marcados pela desigualdade racial e social, impostas pelo racismo. Mas, adicionalmente, as mulheres negras ainda sofrem com as distinções de gênero.

No quesito educação, segundo o IBGE (2019), a população negra já é maioria nas instituições de ensino superior público, representando 50,3% dos estudantes. No quesito instituição privada, ainda ocorre uma dificuldade da população negra adentrar e/ou se manter, visto que representam 46,6% dos matriculados. Entre 2016 e 2018, a taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais, passou de 9,8%, para 9,1%, e a proporção de pessoas com idade de 25 anos ou mais, com o ensino médio completo, modificou de 37,3% para 40,3%. Mesmo assim, a população de pretos e pardos continua abaixo do percentual relativo de brancos. Neste contexto, mesmo com o crescimento da população negra nas universidades, ainda estamos longe de ter um processo significativo em que negros e negras possam exercer seus direitos básicos, pois a proporção numérica, apesar de motivar otimismo, ainda é discrepante em termos relativos.

No que se refere ao machismo, considera-se as experiências de outros grupos considerados favoritos. “No caso do movimento antirracista, os privilegiados são os homens negros, e no caso da discriminação de gênero as mais privilegiadas são as mulheres brancas – criando análises distorcidas sobre racismo e discriminação de gênero” (Crenshaw, 1989, p. 140). Desta forma, percebe-se que o homem negro e as mulheres brancas ocupam espaços de preferência em relação às mulheres negras, que são invisibilizadas pelos marcadores sociais que se interseccionam sobre seus corpos.

Os marcadores sociais direcionam as situações de vulnerabilidade em que estão inseridas: falta de acolhimento, pouco acesso à educação e a cuidados de saúde de qualidade, a trabalhos bem remunerados e relacionamentos saudáveis. Desse modo, os marcadores que atravessam as mulheres negras são diferentes dos que constituem as mulheres brancas, pois há fatores que as diferenciam. Segundo Carneiro (2003), as mulheres negras possuem “uma experiência histórica diferenciada, em que o discurso clássico sobre a opressão da mulher não é reconhecido, assim como não tem dado conta da diferença qualitativa que o efeito da opressão sofrida teve e ainda tem na identidade feminina” (p. 1). Com base nisso, as mulheres negras sofrem com os papéis que são atribuídos à sua imagem, sendo colocadas como inferiores às mulheres brancas. Segundo Lira (2019), “nas cidades, as mulheres negras passaram a executar serviços domésticos, trabalhando como cozinheiras, empregadas domésticas, lavadeiras, babás, entre outras tarefas”. (p. 6).

Vale ressaltar que o racismo “eleva os gêneros por meio de privilégios que advêm da exploração e exclusão dos gêneros subalternos”. Assim, institui para os gêneros hegemônicos padrões que seriam inalcançáveis numa competição igualitária.” (Nascimento, Cabral e Cerqueira, 2019, p. 71). O racismo e o machismo são grandes influenciadores dos marcadores sociais no que se refere a posição que as mulheres ocupam na sociedade e como são vistas e tratadas.

No próximo capítulo, abordarei a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), mostrando elementos que aparecem em seus documentos, bem como as reformulações desenvolvidas nos últimos anos. A Política é uma das formas que os movimentos sociais, junto com o Ministério da Saúde, criaram para combater o racismo institucional, enfatizando a atenção à saúde da população negra.

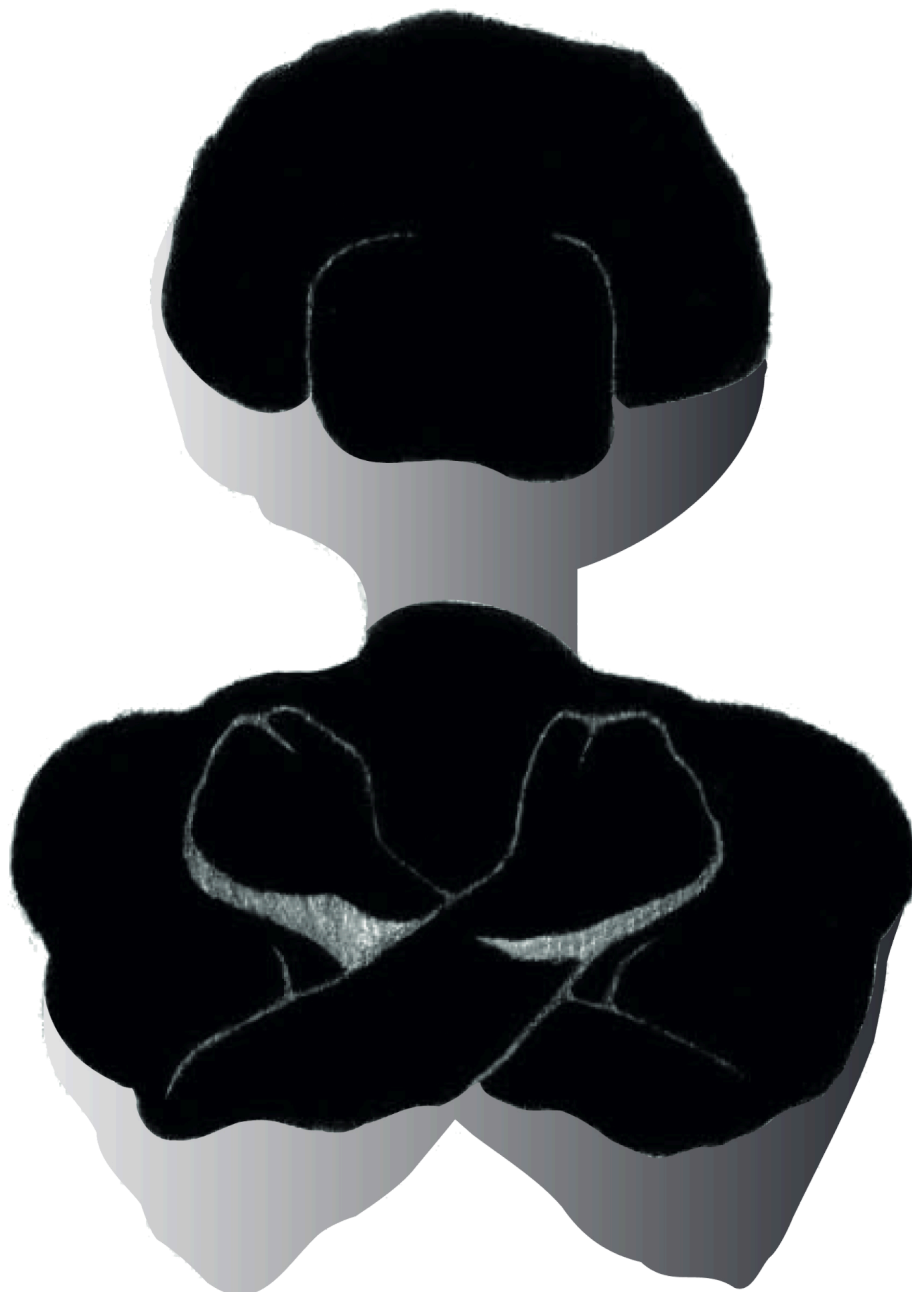
Figura 9: O poder



Fonte: Elaborado por Henrique Gonçalves, 2023.

“Negra é nossa vida. Negro é tudo que nos rodeia”
(Carolina de Jesus, 2014, p. 43)

Figura 10: Resistência



Fonte: Elaborado por Henrique Gonçalves, 2023.

2. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

A saúde pública brasileira passou por diversas reformulações no decorrer dos anos, conforme os contextos sociais e econômicos do país. Durante muito tempo, o acesso à saúde esteve restrito a grupos que possuíam capital, portanto, o restante da população vivia nos escombros da sociedade, com poucas possibilidades de acesso a serviços de saúde de qualidade. As políticas públicas de saúde emergiram das lutas da classe trabalhadora e dos movimentos sociais que movimentaram-se - e ainda se movimentam -, por anos, para garantir este direito a toda população brasileira.

Desde a VIII Conferência Nacional de Saúde e da elaboração da Constituição Brasileira de 1988, criaram-se possibilidades para que, em 1990, por meio da lei 8.080 - Lei Orgânica da Saúde - fosse estruturado o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS, é uma política pública que visa garantir saúde de qualidade, enquanto direito, a toda população, independente do sexo, cor, religião e classe social.

Desse modo, foi a partir de sua implementação que hoje é possível pensar em políticas públicas de saúde voltadas à população negra e demais populações que sofrem com estigmas de uma sociedade sustentada em preconceitos. Na próxima seção, portanto, será apresentada a Política Nacional de Saúde da População Negra (PNSIPN) e os processos que a antecederam.

2.1 Apresentação da política: Lutas e resistências

A escravidão foi um período cruel na história da humanidade, principalmente porque negros e negras foram arrancados do seu continente - África - e trazidos contra vontade para a América e outros. Segundo Nascimento (1978, p. 48) “por volta de 1530, os africanos, trazidos sob correntes já aparecem exercendo seu papel de 'força de trabalho', em 1535 o comércio escravo para o Brasil estava regularmente constituído e organizado”. Desse modo, a economia do país se fundamentou na mão-de-obra escrava.

Neste contexto, o africano escravizado era explorado nas plantações de cana-de-açúcar. Conforme aponta Nascimento (1978, p. 49), “ele plantou, alimentou e colheu a riqueza material do país para o desfrute exclusivo da aristocracia branca”. O mundo de horrores do escravizado envolve ser mantido vivo, dependendo da boa vontade de seu

capataz, pois é este quem determina se o escravizado vai sofrer alguma violência ou não. A humanidade do escravizado passa a ser uma “sombra personificada” (Achille Mbembe, 2018).

Figura 11: Sangue derramado pelo outro



Fonte: Elaborado por Henrique Gonçalves, 2023

Segundo Mbembe (2018), ao analisar o funcionamento da África, refere que o sistema de plantation se caracteriza como uma estrutura político-jurídica em que o estado de exceção se torna fundamental, pois nele ocorre a relação hierarquizada entre os “senhores” e os “escravizados”. Neste sentido, o escravizado tem três tipos de perda: a perda do lar, a perda do direito sobre si mesmo e a perda do estatuto político. Essas perdas acarretam a morte social, visto que configuram uma dominação integral.

Tais pessoas foram expostas a más condições de vida e a torturas diárias, por meio das quais a colonização tirou suas humanidades, mesmo no Brasil. Aproximadamente neste período, nasceram os quilombos, onde muitos negros e negras se organizavam como forma de assegurarem movimentos de luta e de resistência (PNSIPN, 2013). Segundo, Beatriz Nascimento e Ratts (2021, p. 98) “A historiografia sobre quilombos ressalta a sua capacidade para aglutinar as raças que constituem a formação social brasileira”.

Desse modo, os quilombos constituíram-se como uma organização social e política de pessoas escravizadas que conseguiam fugir, era nestes meios que encontravam-se sua humanidade, “cultura e fortalecimento da solidariedade e da democracia, onde negros se

constituíam e se constituem até hoje como sujeitos de sua própria história”. (PNSIPN, 2013, p. 09).

Figura 12: Os caminhos trilhados



Fonte: Elaborado por Henrique Gonçalves, 2023

Ressalto que com a “abolição” da escravatura, os descendentes de africanos, foram jogados à mercê da sociedade, sem trabalho, moradia, educação e saúde. Contudo, a história de luta da população negra existe desde este período, servindo para mostrar os descontentamentos e as vulnerabilidades que os acometem. Em 1931 ocorreu, por exemplo, o surgimento da Fundação da Frente Negra Brasileira, movimento político que denunciou a situação que a população negra estava vivendo e as fragilidades do sistema racial brasileiro. Tais denúncias ganharam projeção nacional. Entre as décadas de 1930 e 1980, muitos movimentos reivindicaram melhores condições de vida para a população negra do país, inspirados nos movimentos dos direitos civis dos Estados Unidos da América que lutavam contra a segregação racial e o *Apartheid*. A saúde da população negra entrou em pauta, assim, na década de 1980, a partir do movimento de militância negra e do trabalho de pesquisadores.

A partir das manifestações por moradia, saúde e educação, ocorridas na XIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, o movimento negro, conjuntamente com o Movimento da Reforma Sanitária e demais, participou ativamente nas propostas e elaboração de metas relativas à saúde das pessoas negras. Uma das conquistas decorrentes desses movimentos foi a configuração da saúde como parte um direito universal, independentemente da cor, sexo, religião dos sujeitos. Neste mesmo período, o movimento das mulheres negras ganhou destaque nas questões da saúde da mulher negra, principalmente nas questões de reprodução e saúde sexual, já que “o racismo e o sexismo imprimem marcas segregadoras diferenciadas, que implicam restrições específicas dos direitos desse segmento, vitimando-o, portanto, com um duplo preconceito” (PNSIPN, 2013, p. 10)

Na década de 1990, houve uma maior atenção ao tema a partir das reivindicações da Marcha Zumbi dos Palmares, realizada em 20 de novembro de 1995, a partir da qual o governo federal passou a tratar do tema. O movimento resultou na formação do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra (GTI) e do subgrupo saúde. Segundo a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2013)

Em abril do ano seguinte, o GTI organizou a Mesa-Redonda sobre Saúde da População Negra, cujos principais resultados foram: a) a introdução do quesito cor nos sistemas de informação de mortalidade e de nascidos vivos; b) a elaboração da Resolução CNS nº 196/96, que introduziu, entre outros, o recorte racial em toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos; e c) a recomendação de implantação de uma política nacional de atenção às pessoas com anemia falciforme (p. 10).

Com a participação do movimento negro na 11ª e 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizadas em 2000 e 2003, fortaleceu-se sua participação social nas instâncias do SUS, tendo como resultado a aprovação de ações que estabelecem um padrão na questão etnico-racial e de gênero na política de saúde. No ano de 2003 foi criada a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), implementada pela lei nº 10.678 de 23 de março, como órgão de assessoramento direto da presidência da república (PNSIPN, 2013).

A SEPPIR tem como objetivo promover a igualdade e proteção dos direitos dos indivíduos e de grupos étnicos. A aprovação desta lei foi um marco histórico para o movimento negro, pois abriu portas para os debates sobre a vulnerabilidade que a população negra se encontra.

Ao longo desse período, os eventos que ocorriam buscavam tratar de questões como raça, racismo, direitos humanos e equidade. Essa última foi responsável pela tônica de toda a construção da política, uma vez que foram criadas Políticas de Promoção da Equidade Racial em Saúde, até que a PNSIPN fosse instituída, sendo até hoje considerada uma de suas marcas mais importantes (Kezauyn Aiquoc, *et al.* p. 15, 2021).

Neste sentido, em 2006, o movimento negro teve direito a um representante para participar do Conselho Nacional de Saúde, o que garantiu a possibilidade de se criar uma política voltada para população negra. Segundo Aiquoc *et al.*, 2021, p. 21) “foi a partir da fala do Ministro da Saúde Agenor Álvares – “Há racismo no SUS” – proferida na mesa de abertura do II Seminário de Saúde da População Negra (realizado na UFRJ) que a PNSIPN começou a ser formulada”, sendo aprovada no mesmo ano pelo Conselho Nacional de Saúde.

Em vista disso, o Ministério da Saúde, em conjunto com o Pacto pela Saúde e com a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS , implementou a PNSIPN, por meio da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009. Desse modo, seu propósito é promover maior grau de equidade na saúde “no que tange à efetivação do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional” e no combate ao racismo e às desigualdades que acometem a população negra (PNSIPN, 2013, p. 07).

Figura 13: Corpo



Fonte: Elaborado por Henrique Gonçalves, 2023

Com a publicação da política, o objetivo principal é o reconhecimento da importância de serem criados mecanismos de promoção da saúde para população negra e formas de enfrentamento ao racismo institucional no SUS, “com vistas à superação das barreiras estruturais e cotidianas que incidem negativamente nos indicadores de saúde dessa população – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência” (PNSIPN, 2017, p. 8). Importante mencionar, ainda, “que a PNSIPN foi construída com foco na população negra brasileira e em seus determinantes sociais, nos acometimentos genéticos, nas doenças crônico-degenerativas, dentre outras mais prevalentes” (Aiquoc *et al.*, p. 15, 2021).

Nesta perspectiva, a Política estabelece as diretrizes, os princípios, os objetivos, as marcas, as estratégias e a responsabilidade da gestão voltada para melhoria da saúde de negros e negras. Desse modo, inclui “ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social,” também fornece “formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra” (Boletim temático, 2022, p. 4).

A política está disponibilizada em formato de cartilha, no site do Ministério da Saúde. Na próxima seção abordarei as diferentes edições da política, atualizada nos últimos anos, e os seus planos operativos.

2.2 Edições da PNSIPN

O primeiro Plano Operativo formado para a política, apresenta as estratégias operacionais, ações e metas em conjunto com o “PAC (Programa de Aceleração do Crescimento) – Mais Saúde: Direito de Todos e o Pacto pela Saúde (cujo Termo de Compromisso de Gestão Federal)”. (Brasil, 2008 [ONLINE]). Por meio dele, objetiva-se cumprir as seguintes metas:

- I- Garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, do campo e da floresta às ações e aos serviços de saúde;
- II- Incluir o tema étnico-racial, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social;
- III- Identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência; Garantir a utilização do quesito cor na produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomada de decisão;
- IV- Identificar as necessidades de saúde da população negra e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades.

Figura 14: Estamos aqui



Fonte: Elaborado por Henrique Gonçalves, 2023

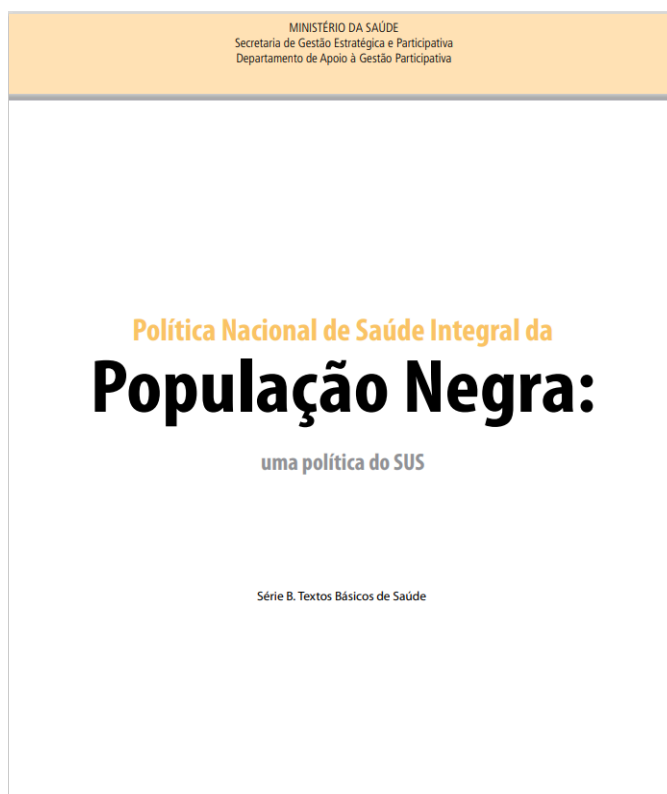
Este plano propõe a realização das ações a partir de fases a serem atingidas em dois anos. A primeira fase compreende o período de 2008- 2009 e a segunda 2010-2011. Segundo Brasil (2008, [ONLINE]) “constituem-se em torno de 2 (dois) problemas priorizados e incluem ações e metas que incidem sobre os diferentes condicionantes e determinantes que sustentam a desigualdade em saúde que acomete a população negra.” Os problemas formulados estão relacionados com as seguintes temáticas. “(1) Raça Negra e Racismo como Determinante Social das Condições de Saúde: acesso, discriminação e exclusão social; (2) Morbidade e Mortalidade na População Negra”. (Brasil, 2008 *apud* Aiquoc, 2021, p.21).

Dentro das ações e estratégias previstas, foram pautadas as seguintes questões como imprescindíveis para execução da PNSIPN: Abordagem étnico racial na formação dos profissionais da saúde, redução da mortalidade materna e infantil, mortes violentas, inserção do quesito raça/cor, estudos sobre a população entre outras.

As diretrizes que regem a política, são as seguintes.

I – Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde; II - Ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde; III - Incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra; IV - Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares () 19 de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas; V - Implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo; VI - Desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades (PNSIPN, 2010, p. 18).

Figura 15: I Edição da Política



Fonte: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, 2010.

A segunda edição da PNSIPN, de 2013, apoiou a construção do II Plano Operativo (2013-2015), tendo como objetivo estabelecer estratégias para aplicação da política, gerando acesso a uma saúde de qualidade e humanizada, sendo enfatizado a importância de reduzir as

iniquidades de raça, gênero e classe, promovendo qualidade de vida para todas(os).(Brasil, 2014).

Segundo a Resolução nº 2, de 2 de setembro de 2014, disponibilizada na página oficial do Ministério da Saúde, o Plano Operativo focou-se em estratégias específicas, relacionadas à dificuldade de acesso à atenção à saúde. Foram elaboradas os seguintes eixos estratégicos:

I Acesso da População Negra às Redes de Atenção à Saúde;

II - Promoção e Vigilância em Saúde;

III - Educação Permanente em Saúde e Produção do Conhecimento em Saúde da População Negra;

IV - Fortalecimento da Participação e do Controle Social; e

V - Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde para a População Negra.

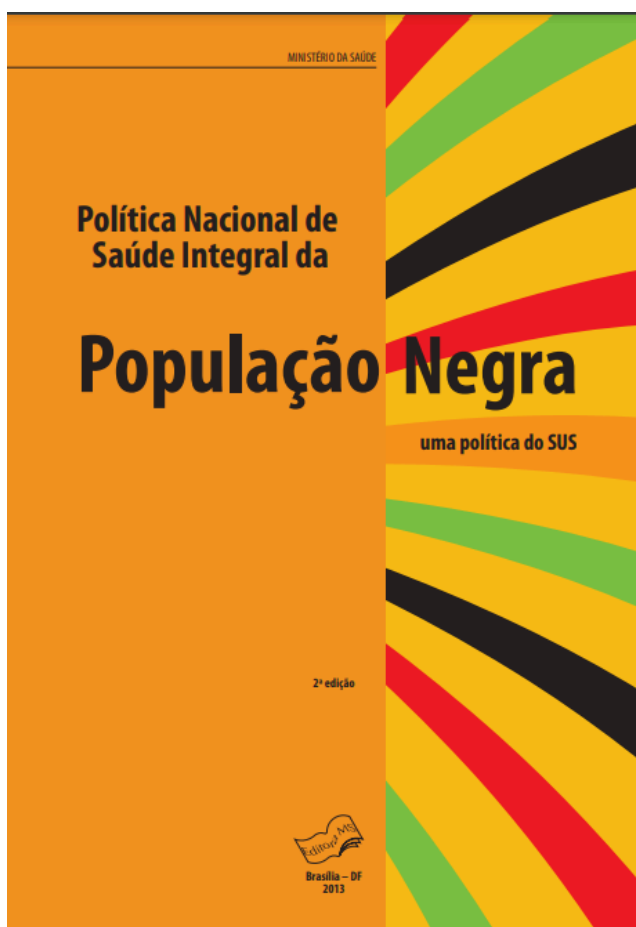
Percebe-se que neste segundo plano operativo, são abordadas outras questões importantes de serem trabalhadas em acordo com as três esferas do SUS. O plano foi estruturado como forma de reafirmar as estratégias e as ações voltadas para saúde da população negra, mostrando as desigualdades que persistem.

Porém, segundo Werneck (2016), a política não foi implementada da forma que deveria ser, pois houve ignorância no que se refere às estratégias e ações voltadas para população negra. Para Marroso (2023)

De acordo com Lucilene Freitas, do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, da Fiocruz, apenas 6% das secretarias municipais de saúde implementaram o programa voltado à população negra. “A Política Nacional de Saúde Integral para a População Negra ainda não foi implementada, regularmente, nos estados e municípios, e grande parte dos trabalhadores e gestores do SUS desconhecem ou não têm compromisso com sua implantação”. Lucilene Freitas ainda elencou outros problemas, como a falta de financiamento, insuficiência de suporte técnico, falta de apoio aos comitês técnicos estaduais e municipais e desconhecimento dos usuários do SUS sobre seus direitos (ONLINE).

Percebe-se que faz treze anos que foi divulgada a primeira cartilha da política, no entanto, durante todo este tempo, os órgãos responsáveis não implementaram a política de forma eficaz. Isso acarreta impactos negativos, visto que sua implementação também é uma forma de combate ao racismo e às violências que tal população é acometida no Sistema Único de Saúde e demais lugares.

Figura 16: II Edição da Política



Fonte: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, 2013

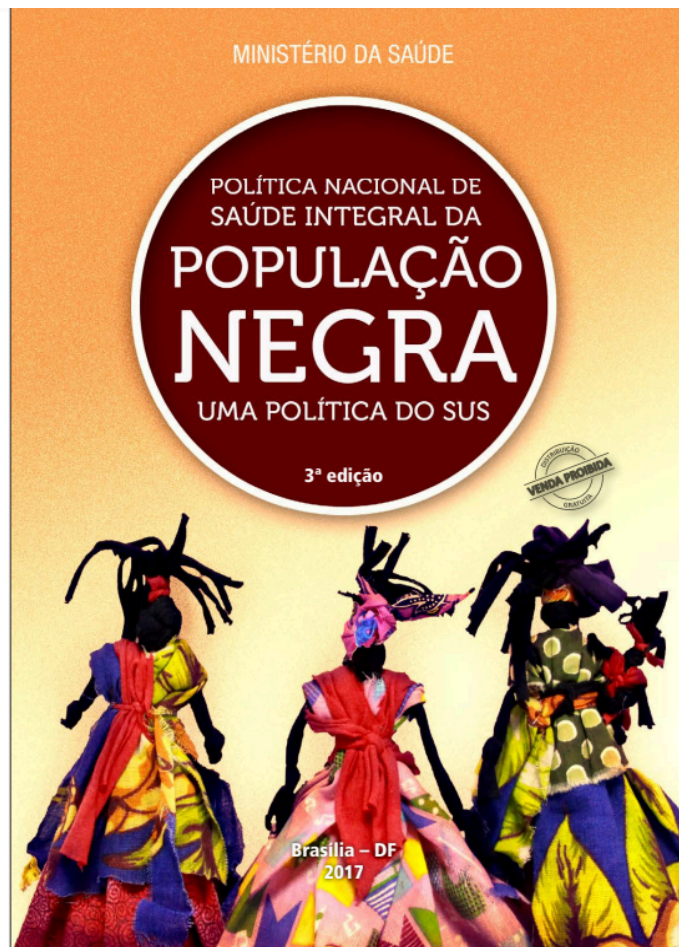
No ano de 2017, foi lançada a terceira edição da PNSIPN. Esta oficializou-se com a publicação da portaria nº 344/2017, que tornou obrigatório o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários do SUS. No mesmo ano, chegou o fim da vigência do II Plano Operativo, sendo formulado e organizado pela Comissão Intergestores Tripartite o III Plano Operativo (2017-2019), “a fim estabelecer ações para a implementação da PNSIPN e a promoção da equidade em saúde da população negra nos estados e municípios” (Aiquoc *et al.*, 2021, p. 20-21).

Nesta nova versão da Política Nacional de Saúde Integral da População negra, as seguintes questões destacadas:

Para além das disparidades em saúde entre brancos e negros, nela, foram ressaltados os avanços no que tange à saúde da população negra, como: o Plano Juventude Viva, o qual prevê a proteção de jovens negros em situação de violência; a

disponibilização do curso sobre a saúde da população negra na Universidade Aberta do SUS; a formação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, que é um espaço de participação e de controle social. Além disso, foi instituído o Grupo de Trabalho de Políticas Públicas da Igualdade Racial, a fim de articular, com órgãos e entidades governamentais e não governamentais, as ações, propor metas e prioridades de acordo com a realidade local (Aiquoc *et al.*, p. 21, 2021; Brasil, 2017).

Figura 17: III edição da Política



Fonte: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, 2017

Segundo a PNSIPN (2017, p. 41-42), neste terceiro plano operativo, aparecem as seguintes estratégias:

- I – qualificar e fortalecer o acesso da população negra e das comunidades tradicionais (Quilombolas e Terreiros) aos serviços de saúde da atenção básica, em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, conforme a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, em especial a Estratégia de Saúde da Família;
- II – fortalecer e articular ações de enfrentamento das altas taxas de mortalidade materna de mulheres negras, visando reduzir as disparidades nos índices da mortalidade entre mulheres brancas e negras, tendo em vista o acolhimento com

classificação de risco em obstetrícia e ações de enfrentamento ao racismo institucional;

III – fortalecer e apoiar a implantação da linha de cuidado em doença falciforme e sua inclusão na Rede de Atenção à Saúde (RAS), em conformidade com a Portaria GM/MS nº 1.391, de 16 de agosto de 2005 e Portaria MG/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010;

IV – incentivar ações setoriais e intersetoriais de promoção da saúde e prevenção à violência, participação e protagonismo juvenil, objetivando a redução dos altos índices de violência letal contra a juventude negra;

V – fortalecer a inserção da temática étnico-racial nos processos educação permanente das equipes de atenção básica e dos trabalhadores/ profissionais de saúde do SUS;

VI – fortalecer os temas da igualdade de gênero, raça/cor e etnia na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNPSUS) e nas Mesas de Negociação Permanente existentes nas esferas estadual, municipal e/ou regional;

VII – estimular a atuação da população negra nos espaços de participação, controle social e da gestão participativa da saúde;

VIII – incluir o quesito raça/cor na identificação dos usuários nos sistemas de informação do SUS.

IX – qualificar a coleta, o processamento, a análise e a publicação dos dados desagregados por raça/cor;

X – estimular o preenchimento, pelas equipes de Atenção Básica, do campo constante na ficha de cadastro individual da estratégia e-SUS AB;

Percebe-se que há poucas mudanças entre uma edição e outra. Os objetivos continuam os mesmos: combate ao racismo e foco na saúde da população negra. Neste sentido, em tese, a política serve como amparo para população negra, possibilitando assistência e amparo no que se refere às instituições de saúde, contudo, ainda necessita de incentivo para sua plena implementação.

No próximo capítulo, apresento tensionamentos sobre a PNSIPN é suficiente para combater essas desigualdades e mostrar a partir de qual perspectiva, seja da promoção ou prevenção de saúde, as mulheres negras são descritas dentro da política.

2.3 Percurso de pesquisa

O desenvolvimento da pesquisa teve origem na necessidade de compreender a temática relacionada à saúde das mulheres negras e, simultaneamente, promover uma abordagem problematizadora sobre ela. Nesse sentido, optei por conduzir uma pesquisa, fundamentada na análise documental, a partir de dados disponíveis no Ministério da Saúde, bem como no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Inicialmente, busquei no google acadêmico por termos-chave como “Saúde mulheres negras” e “mulheres negras”, encontrei artigos relevantes sobre o assunto. Portanto, destaco que, durante minhas buscas por artigos para embasar minha pesquisa, enfrentei dificuldades em encontrar documentos focados na promoção da saúde⁷. A maioria dos materiais que consegui reunir e que estão referenciados neste estudo abordam a questão sob a perspectiva da prevenção de doenças. Utilizo esse argumento posteriormente para ressaltar a necessidade de promover a educação em saúde para as mulheres negras, tanto na política quanto em outros documentos, uma vez que há uma escassez de informações nesse sentido.

Durante essa busca, deparei-me com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra de 2010 e descobri que havia outras duas edições, de 2013 e 2017. A pesquisa envolveu uma análise detalhada das informações presentes nessas versões, focando nos modos como as mulheres negras são, ou não, abordadas em suas páginas. Complementarmente, em decorrência de descobertas e necessidades, incorporei, também, outros documentos oficiais, como reportagens⁸, artigos e a Política de Atenção à Saúde da mulher negra (2005) para embasar o estudo. As imagens apresentadas no decorrer deste trabalho, também são elementos chaves como aporte teórico do que é abordado nesta pesquisa.

No entanto, é crucial salientar que esses documentos não são as únicas ferramentas produtoras das verdades que tensiono, já que podem ser considerados recortes de um dado discurso que os produz e que se transforma por meio deles e de seus desdobramentos. Destaco, ainda, que busquei valorizar as reflexões de autoras e autores negros, como Abdias Nascimento, Carla Akotirene, Cida Bento, Lélia Gonzalez, Sueli Carneiro e Silvo Almeida. Estes são os principais nomes que utilizei para fundamentar este estudo.

⁷ O conceito articulado com educação em saúde, será elaborado na última seção desta pesquisa.

⁸ As reportagens foram escolhidas, levando em consideração o destaque dado às mulheres negras. No próximo capítulo, selecionarei prints relacionados às áreas da educação e da saúde que continham relatos e vivências, articulados com o conceito de interseccionalidade.

Figura 18: Ancestralidade



Fonte: Elaborado por Henrique Gonçalves, 2023

“Não sou eu uma mulher?”
(Sojourner Truth, 1851, s/n)

Figura 19: Nossa coroa luta por saúde e educação



Fonte: Elaborado por Henrique Gonçalves, 2023.

3. EDUCAÇÃO, SAÚDE E MULHERES NEGRAS NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

As mulheres negras costumam ser vistas, conforme mencionado anteriormente, a partir do imaginário popular constituído a partir do período escravagista. Assim, muitas vezes são descritas como “fortes, guerreiras e resistentes à dor” (Kalckman *et al.*, 2007). Em diversas situações, esta ideia é tomada como uma verdade absoluta, pois o racismo continua perpetuando estereótipos sobre os corpos femininos negros. Ideias como esta são produzidas e reproduzidas dentro e fora das instituições, conseqüentemente, dificultando o acesso, o cuidado e a visibilidade de tais mulheres nos espaços de educação e de saúde.

Além disso, retomo que as mulheres negras, historicamente, sofrem, pelo menos, dupla discriminação, por serem mulheres e por serem negras, além de outros marcadores que perpassam seus cotidianos, como questões relacionadas à classe. Neste sentido, falar, especificamente sobre os processos de educação e(m) saúde das mulheres negras, não é uma tarefa fácil, pois há muitos mitos relativos ao corpo e ao tratamento que recebem em espaços institucionais, como hospitais, postos de saúde e outros.

Sobre isso, destaco alguns relatos e histórias, disponibilizados em páginas na internet, que mostram que a falta de conhecimento sobre os corpos femininos negros é um problema social, já que existem diferenças estéticas dentro do próprio grupo que ocupam. Como exemplo, menciono que mulheres negras retintas têm maior dificuldade de acessar espaços diversos quando comparadas às mulheres negras de pele clara, pois estão mais distantes dos padrões estabelecidos pela estrutura eurocêntrica que orienta nossas sociedades.

Contudo, as mulheres negras de pele clara não estão isentas de violências relacionadas ao racismo e demais discriminações, pois apesar das diferenças que as envolvem, estão inseridas nos mesmos lugares de sofrimento e de opressões impostas pela estrutura racista, machista e sexista da sociedade. Desse modo, ressalto que o racismo está presente em todas as instâncias da sociedade e, mesmo havendo um avanço significativo em pesquisas e ações que buscam denunciá-lo e combatê-lo, ainda ocorre a reprodução de modos preconceituosos de entender o corpo feminino negro como pode ser visto a seguir.

No dia 11 de junho de 2023, o site de notícias G1 disponibilizou uma reportagem intitulada “Médica é acusada de racismo contra paciente: Disse que mulheres pretas têm mais probabilidade de ter cheiro forte nas partes íntimas”. A reportagem conta a história de uma mulher negra que procurou uma ginecologista de confiança de sua madrinha para colocar o

DIU, porém, no decorrer da consulta sofreu racismo por conta da sua cor, especialmente pela fala proferida pela médica estar carregada de estereótipos sobre o corpo feminino negro.

Figura 20: Print

A gravação da conversa

Médica Helena Malzac: Muito forte, aqui, oh. Quando você sua, o cheiro piora. É a mesma coisa do sovaco. É o mesmo cheiro, é um cheiro forte, mas é por causa da cor e do pelo. Você vai ser a vida inteira assim, então, você tem que se preocupar com isso, tá?

Luana: Mas quando você fala da cor e do pelo, você tá dizendo que isso só acontece em pessoas negras?

Médica Helena Malzac: É, é muito comum. Não é 90%, mas a gente coloca uns 70%.

Luana: Então, tipo, tem a ver com melanina?

Médica Helena Malzac: Tem a ver com a melanina também.

Melanina é o pigmento que dá cor à pele, aos pelos e aos olhos. Na pele negra, a quantidade de melanina é maior.

Fonte: G1, 2023.

O jornal Carta Capital, em 2020 [(ONLINE)], publicou uma reportagem escrita por Rute Pina e Raphaela Ribeiro, chamada “Racismo na saúde: nas maternidades do Brasil, a dor também tem cor”. Esta reportagem conta a história de Michele que estava em trabalho de parto.

Figura 21: Print

“A única coisa que eu consegui enxergar era que a dosagem era de 100 miligramas”, lembra. No prontuário de Michele, está registrada a prescrição via vaginal de duas doses de misoprostol, protocolo do medicamento quando usado para a indução do trabalho de parto. Mas ela relata que, em vez da anestesia que pediu à equipe médica, também foi ministrada a ocitocina sintética, substância comumente usada para aumentar as contrações. A recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) é que o hormônio seja utilizado, na realidade, no pós-parto para reduzir o sangramento excessivo em mulheres com risco de hemorragia – o órgão considera que a administração sem controle e a qualquer momento antes do parto é uma conduta prejudicial e ineficaz. “Depois que aquilo entrou na minha veia, eu me senti esquartejada. Eu nunca senti uma coisa tão horrível na minha vida. Era uma dor como se eu estivesse levando várias pancadas no abdômen. Meu filho se encolhia de uma forma... Era uma contração horrível. E eu só pensava que iria morrer, ou ele iria morrer. Um dos dois”, lembra.

Fonte: Carta Capital, 2020

No ano de 2019 [(ONLINE)], o jornal Intercept Brasil, publicou uma reportagem escrita por Kleriane Souza, intitulada “Sou estudante negra de medicina, mas sempre me confundem com pacientes do SUS”. A reportagem conta a história de uma aluna negra que estuda medicina e vem de uma família que tem condições de proporcionar uma vida melhor para suas filhas. No decorrer da reportagem, a aluna comenta que ela e a irmã eram as únicas nos cursos de inglês e francês, no balé e na natação. Segundo a aluna,

Figura 22: Print

Mas o racismo não para. Quando tenho aula prática no hospital universitário, preciso mostrar o crachá para comprovar que sou estudante de medicina. Uma colega minha comentou outro dia que há anos não sabe onde o crachá dela está. Ela perdeu. E nunca precisou usar crachá. Eu estou há quatro anos aqui, e há quatro anos sou barrada. Os seguranças não acreditam que uma mulher preta pode ser estudante de medicina como os outros jovens brancos que eles veem entrando normalmente no hospital. Na visão habitual deles, o negro é o paciente do SUS, e não quem está ali prestando serviço para levar saúde à população.

Fonte: Intercept Brasil, 2022.

Estes três relatos demonstram que mesmo com os avanços em pesquisas e ações antirracistas, o corpo feminino negro ainda sofre com a falta de conhecimentos sobre seu funcionamento, o que acarreta violências nas instituições de educação, bem como de saúde, por parte, especialmente, dos profissionais. Nesse sentido, ao longo do meu percurso de estudo, observei que as pesquisas existentes sobre a saúde das mulheres negras, de certa forma, se concentram no paradigma saúde-doença.⁹

Quando examinadas por meio dos marcadores sociais, percebo uma falta de abordagens mais detalhadas acerca das mulheres negras, especialmente sob a perspectiva da interseccionalidade. Quando essa abordagem é considerada, muitas vezes ocorre de maneira generalizada. Isso sugere uma lacuna na análise mais aprofundada das questões de saúde das negras, especialmente quando se trata de compreender as interações complexas entre diferentes fatores sociais.

O conceito de interseccionalidade identifica e mostra os problemas sociais, culturais e políticos que envolvem as mulheres negras, portanto, utilizá-lo nas pesquisas se torna imprescindível para se alcançar abordagens mais abrangentes.

⁹ Afirmação é baseada na análise dos documentos utilizados nesta pesquisa, para tanto será aprofundado tal questão no capítulo 3.

Diante disso, entendo que o objetivo das políticas públicas que envolvem a temática não deveria ser focado, exclusivamente, no controle e prevenção de doenças, conforme observei que ocorre frequentemente nos documentos problematizados. Acredito que deveria haver maiores investimentos na promoção da saúde dessas mulheres, o que me parece fundamental para articular os campos da saúde e da educação em relação às mulheres negras.

Figura 23: Lástima



Fonte: Elaborado por Henrique Gonçalves, 2023

Neste sentido, neste capítulo, pretendo problematizar como as mulheres negras são reproduzidas/produzidas dentro da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra , pois há uma carência de atenção e formas de promover a vida para estas mulheres, bem como ocorre, de certa maneira uma negligência em seu cotidiano.

Figura 24: Pensamentos



Fonte: Elaborado por Henrique Gonçalves, 2023

3.1 Mulheres negras forjadas¹⁰ a partir da PNSIPN

A atenção à saúde das mulheres negras é um direito básico e constitucional, sendo necessário para o combate às desigualdades e vulnerabilidades sociais. Infelizmente, no que se refere a esta temática, ainda existem muitos obstáculos, pois mesmo havendo pesquisas sobre o tema, acredito que ainda sejam insuficientes para combater os estigmas sobre os corpos femininos negros, pois

o olhar sexista e racista ainda envolve o manejo de consultas, tratamentos e cuidados com esta população, especialmente por serem guiados por protocolos e conhecimentos que se pautam em modelos oriundos de países ou contextos majoritariamente ocupados por populações brancas, por vezes, com maiores recursos econômicos (Paes, 2023, p. 45).

Diante disso, na primeira edição, de 2010, da PNSIPN, na página 13, são mencionados alguns dados do documento Saúde Brasil (2005), acerca da porcentagem de nascidos vivos negros e brancos, bem como bebês prematuros e mortalidade materna. Os dados disponibilizados são os seguintes:

Entre os nascidos vivos negros, a porcentagem de nascimentos provenientes de mães adolescentes de 15 a 19 anos foi de 29%, portanto 1,7 vez maior que a de nascidos vivos brancos. Verificou-se ainda que 62% das mães de nascidos brancos referiram ter passado por sete ou mais consultas de pré-natal. Para as mães de nascidos indígenas, o percentual foi de 27% e para as mães de nascidos pardos, 37%.

No que se refere a prematuridade e a mortalidade infantil, os dados mostram uma disparidade quando relacionado à cor, raça e etnia.

A maior porcentagem de nascidos vivos prematuros (gestação < 37 semanas) foi registrada nos recém-nascidos indígenas e pretos, ambos com 7%. Os menores percentuais de recém-nascidos prematuros foram observados entre os nascidos amarelos e pardos, ambos com 6% (BRASIL, 2005). O documento destaca os dados referentes às crianças menores de 5 anos. O risco de uma criança preta ou parda morrer antes dos 5 anos por causas infecciosas e parasitárias é 60% maior do que o de uma criança branca. Também o risco de morte por desnutrição apresenta diferenças alarmantes, sendo 90% maior entre crianças pretas e pardas que entre brancas. (Brasil, 2005 *apud* PNSIPN, 2010, p. 13)

A “análise dos dados também permitiu as seguintes constatações: as mulheres negras grávidas morrem mais de causas maternas, a exemplo da hipertensão própria da gravidez, que as brancas; as crianças negras morrem mais por doenças infecciosas e desnutrição; e, nas faixas etárias mais jovens, os negros morrem mais que os brancos (Brasil, 2005 *apud* PNSIPN, 2010, p. 14).”

¹⁰ O conceito em questão é empregado para investigar se a PNSIPN reproduz/produz a maneira como as mulheres negras são socialmente percebidas e compreendidas pela sociedade.

No capítulo III, intitulado “Das estratégias e responsabilidades das esferas da gestão”, da edição de 2010 da PNSIPN, as mulheres negras são mencionadas em quatro itens dos dezoito presentes. No item II destaca a importância do

Desenvolvimento de ações específicas para a redução das disparidades étnico-raciais nas condições de saúde e nos agravos, considerando as necessidades locais, sobretudo na morbi-mortalidade materna e infantil e naquela provocada por: causas violentas; doença falciforme; DST/ HIV/aids; tuberculose; hanseníase; câncer de colo uterino e de mama; transtornos mentais. (PNSIPN, 2010, p. 34)

O item VI visa o fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, enquanto o VII concentra-se na “qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra”, abrangendo aspectos como assistência ginecológica, obstetrícia, puerpério, climatério e situações de abortamento nos estados e municípios”. Além disso, o item X aborda o “incentivo técnico e financeiro à organização de redes integradas de atenção às mulheres negras em situação de violência sexual, doméstica e intrafamiliar” (PNSIPN, 2010, p. 35). Essas são medidas específicas destinadas a abordar questões de saúde que afetam as mulheres negras, visando reduzir desigualdades e melhorar a atenção a essas comunidades.

Percebe-se que na primeira edição da PNSIPN, em poucos momentos são mencionadas as mulheres negras, especificamente. Tais questões mostram que é necessário existir um debate mais aprofundado para que se entenda as particularidades que existem dentro do próprio grupo abordado pela política. Neste contexto, nota-se que os marcadores raciais que distinguem a posição social do homem negro e da mulher negra não são levados em consideração, o que resulta em um movimento de “igualdade” que não dá conta dos desequilíbrios vivenciados na sociedade brasileira. Conforme, mencionado no primeiro capítulo, os homens negros recebem apenas a mais que as mulheres negras e no que se refere ao movimento antirracista ocupam lugar de privilégio. Segundo bell Hooks (2015, p. 207) “como grupo, as mulheres negras estão em uma posição incomum nesta sociedade, pois não só estamos coletivamente na parte inferior da escada do trabalho, mas nossa condição social geral é inferior à de qualquer outro grupo. A autora, diz que “ocupando essa posição, suportamos o fardo da opressão machista, racista e classista.”

Na segunda edição da PNSIPN, de 2013, às informações disponibilizadas são as mesmas citadas anteriormente, contidas na primeira edição, de 2010. Contendo os mesmos itens quando relacionados às mulheres negras, bem como os mesmos dados do documento

Saúde Brasil. Não encontrei informações que justificassem a elaboração de uma segunda edição, pois é idêntica à primeira. Parece que houve apenas uma atualização na data e na capa, sem modificações substanciais no conteúdo. Em minhas análises, não encontrei elementos distintos em relação à primeira edição.

Penso que isso pode estar ligado à escassez de pesquisas neste período compreendido entre 2010 e 2013, relacionadas, especialmente, à saúde das mulheres negras. Segundo Werneck (2016), “uma breve revisão entre os periódicos disponíveis na biblioteca virtual SciELO permite verificar essa escassez: a busca simples com descritores “saúde mulher negra” oferece 24 artigos nacionais publicados a partir de 2008”. A autora segue dizendo que, “ao restringir a busca para artigos da área de saúde pública, a disponibilidade reduz-se a apenas seis textos completos publicados” (p. 536).

Oliveira e Kubiak, (2019, p. 942), encontraram apenas “19 artigos referentes ao tema, o primeiro foi publicado em 2000; sete, no ano de 2016; dois por ano em 2004, 2012 e 2013; e um artigo por ano em 2000, 2003, 2006, 2014 e 2015.” Neste sentido, percebe-se que há carência de pesquisas que evidenciem e se preocupem em estudar sobre a saúde das mulheres negras. Os mesmos autores afirmam que “a partir desses dados, pode-se dizer que não só a relação entre racismo e saúde da mulher negra é pouco estudada como também a entrada desse assunto na literatura brasileira é relativamente recente” (2019, p. 942). Não se sabe o motivo para o número reduzido de pesquisas relacionadas a estas questões, mas nota-se que a própria política, nas edições de 2010 e 2013, não conseguiu avançar, tampouco abordar especificamente a saúde das mulheres negras.

Neste sentido, Werneck (2007, p. 02) ressalta que “ao estudar sobre a mulher negra é importante considerar que se trata de um contingente invisibilizado ou cercado por estereótipos em todas as regiões do Brasil [...]”. Conforme Paes e Darsie (2022, p. 193) “destaca-se a invisibilidade de mulheres negras em diferentes instâncias da vida pública brasileira, no passado e nos dias de hoje”. A invisibilidade se caracteriza pela falta de reconhecimento, seja de forma física ou intelectual nos espaços que ocupam, principalmente na academia e nas instâncias da sociedade. Tal fato, é marcado pelo modo como as mulheres negras são vistas na sociedade. A partir disso, os marcadores sociais que atravessam tais mulheres se tornam invisíveis, especialmente no setor sanitário, pois a “saúde da mulher negra continua sendo negligenciada em relação à da mulher branca, demonstrando a influência do racismo institucional nos processos de saúde e doença da população.” (Oliveira e Kubiak, 2019, p. 946).

Apesar da existência de políticas públicas, campanhas e debates nos meios de comunicação, persiste o fenômeno denominado por Cida Bento (2022) como “o pacto da branquitude”, sendo um sistema de opressão imposto pela branquitude. Nesse contexto, pessoas brancas frequentemente não reconhecem seus privilégios em relação às pessoas negras. Esse privilégio está associado ao fato de que os indivíduos brancos não precisam se preocupar com situações como abordagens policiais injustificadas, aceitação em determinados espaços, obtenção de emprego ou acesso a informações essenciais, pois a sociedade simplesmente aceita sua existência. Em contrapartida, pessoas negras, especialmente mulheres, muitas vezes enfrentam exploração, violência e exclusão em diversos ambientes, simplesmente por existirem, devido à questão racial.

Nesse contexto, a recusa em reconhecer o racismo contribui para que os indicadores de saúde revelam que as mulheres negras ocupam as posições mais desfavoráveis nos rankings de saúde. Negar o racismo equivale a afirmar que ele não existe e, conseqüentemente, acreditar que não há necessidade de preocupação. No Brasil, o racismo está profundamente enraizado, a ponto de muitos indivíduos não reconhecerem a extensão desse problema. E, reafirmo, todas estas questões refletem diretamente no acesso à saúde.

Por conseguinte, no ano de 2017, foi lançada a última edição da PNSIPN, sendo mais completa que as anteriores, no que se refere às informações associadas ao meu tema de análise. O documento apresenta uma análise mais detalhada sobre a saúde da população negra, trazendo dados que mostram as diferenças de tratamento, atendimento e doenças entre pessoas negras e brancas. Nesta versão, percebe-se que há atenção no sentido de mostrar dados sobre as mulheres negras.

Neste sentido, na página 13, por exemplo, inicia-se um capítulo chamado “Saúde da população negra”, em que são abordados os indicadores de saúde relacionados às pessoas negras. Dentro deste capítulo tem uma seção intitulada “Saúde da mulher”, onde são mostrados dados referentes aos exames de mamografia, pré-natal, sífilis em gestantes, mortalidade materna, entre outras doenças. Desse modo, merece ser destacado que, historicamente, as mulheres negras vivenciam vulnerabilidade sociais e políticas de forma intensa, pois são as que mais sofrem com os problemas elencados e enfrentam dificuldades de acesso a consultas de qualidade e formação educacional, além de outros fatores como emprego, moradia afetam diretamente em sua trajetória de vida.

De acordo com Hillesheim e Cruz (2008), a vulnerabilidade está intrinsecamente ligada ao risco e, por conseguinte, ao perigo. Para as autoras,

Quanto mais presentes forem os fatores de risco, maior será a vulnerabilidade dessa população, aumentando, assim, a probabilidade de ocorrência de danos. Nesse contexto, torna-se necessária a intervenção sobre o perigo, retirando-o da esfera do imponderável e tornando-o sujeito à previsão e controle (p. 196).

Nessa perspectiva, compreender os riscos aos quais se está exposto torna-se uma medida preventiva, sendo crucial, portanto, a implementação efetiva de políticas públicas que considerem as interseções que afetam as mulheres negras. Além disso, a compreensão das vulnerabilidades enfrentadas é essencial para promover a equidade e combater as desigualdades.

Neste sentido, os dados apresentados na PNSIPN, de 2017, mostram as vulnerabilidades às quais as mulheres negras estão expostas em relação aos processos de saúde-doença. Tais dados são disponibilizados a partir do Painel de Indicadores do SUS Nº10 - Temático Saúde da População Negra (2016), Boletim Epidemiológico (2017) e IBGE (2013).

Desse modo, os dados que aparecem nesta versão da política, mostram a importância de se ter recortes racial e de gênero, para melhor se analisar os indicadores de saúde da população negra. As informações disponíveis no documento, sobre o exame de mamografia, da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013), referem-se ao cuidado físico da saúde das mulheres. Aponta-se que as mulheres brancas com ensino superior (66,2%), têm mais cuidado com a saúde do que as mulheres pretas (54,2%) e pardas (52,9%). Este cuidado se dá, pelo fato das mulheres brancas terem acesso garantido às consultas, acesso às informações e atendimento de qualidade, bem como maiores índices educacionais. Quanto mais precário for a condição social da mulher negra, menor é o acesso à saúde de qualidade, pois o racismo institucional, é um grande fator discriminatório, que aparta e segrega essas usuárias do sistema de saúde. Segundo, Góes e Nascimento. (2013, p. 572),

A garantia do acesso universal e equitativo à saúde está diretamente associada ao acesso e utilização dos serviços que, muitas vezes, são violados por multifatores, tais como eixos estruturantes que funcionam de forma articulada, racismo, sexismo e condições socioeconômicas e culturais. O acesso – utilização dos serviços e insumos de saúde – é condição importante para a manutenção de bom estado de saúde ou para seu restabelecimento, embora não seja o único fator responsável por uma vida saudável e de boa qualidade.

Nas consultas pré-natal também há uma diferença significativa, pois “a proporção de mães negras com o mínimo de seis consultas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, foi de 69,8%; ao passo que, entre as brancas, essa proporção foi de 84,9%. Em relação à primeira consulta pré-natal, também houve diferenças entre as categorias de raça/cor” (Brasil, 2016 *apud* PNSIPN, 2017, p.15). A política mostra que, referente às gestantes que realizaram pré-natal e tiveram orientação, a proporção é de 80,8% das mulheres brancas recebem orientação, enquanto 66,1% das pretas e 72,7% receberam a mesma atenção. Outro destaque importante é que “nos três primeiros meses de gestação, realizaram a primeira consulta 85% das gestantes brancas, 73% das negras e 53% das indígenas” (Boletim epidemiológico, 2017 *apud* PNSIPN, 2017, p.15).

No que se refere à mortalidade materna, “o perfil de causas prioritárias de mortalidade materna praticamente não mudou na última década: hipertensão, infecção puerperal, aborto e hemorragia continuam como principais causas. As mulheres negras são as principais vítimas” (Brasil, 2016, p. 41). Segundo Oliveira e Kubiak (2019, p. 946) “é notável a presença do racismo institucional nas instituições de saúde, pois as mulheres negras continuam recebendo os piores índices de atendimento e sendo as maiores vítimas de violências obstétricas”.

Nesta mesma edição de 2017, foi implementada a portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, que destaca o quesito raça/cor. Dessa forma, a implementação do quesito nos prontuários e documentos de saúde é considerado primordial, “pois as informações servem como fontes essenciais para os indicadores populacionais que darão suporte à proposição de políticas públicas.”(Fraga e Sanino, 2015, p. 197). Portanto, mesmo havendo políticas, o racismo ainda persiste nos ambientes educacionais e de saúde. Neste sentido, Paes (2023), afirma que:

O tratamento diferenciado para tais mulheres, está relacionado ao fator racial, pois mesmo com a implementação deste quesito, os profissionais de saúde não têm um preparo para atender às demandas desta população, além dos marcadores sociais que condizem com a desigualdade. As vulnerabilidades em que as mulheres negras se encontram ocorrem em decorrência das desigualdades existentes que são relacionadas ao racismo e ao sexismo e a falta de conhecimento dos seus corpos, pois mesmo com o avanço da medicina ainda se há um estigma sobre os corpos negros. Um exemplo disso é a não ocorrência de livros da medicina que apresentem corpos negros (p. 48).

Seguindo a mesma lógica, “os fatores sociais, econômicos e políticos tendem a influenciar na condição da saúde destas mulheres, sendo meios que apartam e discriminam na hora de consultar ou fazer exames de rotinas” (Paes, 2023, p. 48). De acordo com a PNSIPN (2017, p. 22), “a expressiva maioria das pessoas negras não possui plano de saúde (78,8%), e menor acesso à saúde significa maior exposição a riscos.”

Desse modo, a discussão que realizei até aqui, mostra como a mulher negra é descrita dentro da PNSIPN, sendo abordada a partir da perspectiva da prevenção de doenças e não da promoção da saúde. Segundo Boletim Temático (2022), a política promove atenção, promoção e cuidado, porém não percebi estas questões nas três edições. Observo que ao se falar sobre as mulheres negras, são mostrados dados relativos a doenças.

Não existe um cuidado integral sobre seus corpos. Digo isso pensando na existência de suas vivências e desafios a partir daquilo que prega o conceito de interseccionalidade. Acredito ser necessário que a política invista em formas de pensar saúde por outros olhares.

Assim, a política não é suficiente para debater todas as implicações às quais os corpos das mulheres negras estão submetidos, principalmente por não haver uma implementação eficiente, além de não pontuar formas de diminuir estes índices, pensando pela perspectiva de promoção da saúde, ou seja, a partir do aumento da qualidade de vida dessas mulheres.

O Relatório Final sobre o fórum “Enfrentando o racismo institucional para promover Saúde Integral da População Negra no SUS” (2016, p. 27), afirma que,

A ideia de dar ênfase na saúde da população negra é considerada como fomentar o racismo inexistente, pois as iniquidades em saúde são consideradas como um problema social, associadas ao menor índice de escolaridade, ao nível médio de renda e aos locais de moradia. O problema do racismo institucional é entendido como cultural e não como de saúde. Um argumento contra a saúde da população negra é que o SUS trata todos da mesma forma. Outro argumento é a não existência de agravos prevalentes junto à população negra, com exceção da anemia falciforme.

Figura 25: mudanças?



Fonte: Elaborado por Henrique Gonçalves, 2023.

Diante disso, a saúde das mulheres negras, em sua integralidade, continua sendo negligenciada. Além do mais, a negação do racismo e a falta de reconhecimento histórico sobre as precariedades que atravessam tais mulheres, faz com que a política não possa ser a única forma de combate destes indicadores.

No dia 14 de setembro de 2023, participei como palestrante de uma capacitação para os gestores de um hospital da região do Vale do Rio Pardo, no Rio Grande do Sul. Quando comentado sobre a PNSIPN, muitos não sabiam que existia, bem como não compreendiam a intersecção dos marcadores sociais que abordo nesta pesquisa. Dito isso, percebe-se que os conhecimentos adquiridos na academia, especialmente em cursos do campo da saúde, permanecem eurocêtricos, focando no corpo branco-padrão. Segundo Grosfoguel (2016, p. 43)

As universidades ocidentalizadas, desde o início, internalizaram as estruturas racistas/sexistas criadas pelos quatro genocídios/epistemicídios do século XVI. Essas estruturas eurocêntricas de conhecimento se tornaram consensuais. Considera-se normal haver homens ocidentais de cinco países que produzem o cânone de todas as disciplinas daquela universidade. Não há um escândalo nisso, é tudo um reflexo da naturalização das estruturas epistêmicas racistas/sexistas de conhecimento que imperam no mundo moderno e colonial.

Portanto, acredito que para que se efetive uma mudança significativa, pensando no combate destas desigualdades interseccionais, dentro e fora da academia, é necessário serem abordados os marcadores sociais que envolvem diferentes pessoas, bem como haver capacitações para os profissionais. Além disso, devem ocorrer debates e pesquisas que quebrem tensionem o eurocentrismo, de modo a se reconhecer no Brasil um nicho cultural que precisa ser atentado para uma mudança no ensino superior.

Nas análises realizadas, em alguns momentos é mencionada a ideia de promoção da saúde, mas, como já referido, não percebi que existe de fato uma promoção, pensando a partir do que está descrito na política. Neste sentido, abordarei a saúde da mulher negra a partir do viés da promoção e da educação em saúde, pois creio que é a forma pela qual a PNSIPN deveria operar.

Figura 26: Inclusão



Fonte: Elaborado por Henrique Gonçalves, 2023.

3.2 Saúde da mulher negra pelas lentes da promoção e educação em saúde

A saúde das mulheres negras, conforme venho argumentando, é entendida a partir do viés da prevenção de doenças, na PNSIPN, como também em outros documentos utilizados para embasar os dados desta pesquisa. Porém, entendo que a PNSIPN, deveria focar nas particularidades das mulheres negras, a partir do viés da promoção da saúde, pois é a partir deste ponto que poderemos promover e fortalecer as vidas dessas mulheres.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, definiu a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (ONLINE). Desse modo, a PNSIPN carece de informações no que se refere ao bem-estar físico, mental e social, pois conforme comentado, falta uma atenção específica para estas mulheres, mesmo em sua terceira edição, que parece ser mais avançada nesse sentido, visto que a atenção à saúde vai além da doença e para isso é importante ocorrer uma ruptura no padrão biomédico hegemônico, frequentemente eurocêntrico.

Segundo Barbosa, Oliveira e Corrêa (2023, p. 2471), a “colonialidade em relação ao cuidado explicita uma ausência na história de mulheres negras, onde a construção da nação brasileira é marcada pela perpetuação da violação de direitos destas mulheres”. Portanto, pensar ações a partir de práticas educativas que visem a promoção da saúde, ou seja, a partir da educação em saúde, é um dos elementos chave para quebrar tabus sobre os corpos negros, bem como oportunizar a existência de melhores atendimentos, cuidados e pesquisas que abordem a intersecção dos marcadores sociais que envolvem essas mulheres.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2010, p. 10) a promoção da saúde é “uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.” Além disso,

no SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso País – como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde. (BRASIL, 2010, p. 10)

A promoção da saúde visa em constituir políticas públicas, planos e ações para evitar que aconteça o adoecimento da população, bem como criar estratégias e projetos para melhor atender as demandas, um dos meios para tanto é a educação em saúde.

Para Ebert, Schaefer e Grespan (2022, p. 36). “é possível entender que a promoção da saúde ocorre por meio de um esforço conjunto da comunidade e do Estado, com ações articuladas entre diversos setores e, dentre eles, pode ser citada a educação em seus sentidos estrito e amplo.”

Segundo Buss *et al.* (2020, p. 4725), “promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos 30-35 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os problemas de saúde que afetam as populações humanas”. Os autores, dizem que “partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, essa estratégia propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados a favor da qualidade de vida”.

Para tanto, a educação em saúde traz elementos imprescindíveis para pensar formas de promover vida para as mulheres negras. A educação em saúde é

processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades (Brasil, 2013 p.19-20).

Na mesma direção, Adams *et al.* (2023) referem que a educação em saúde objetiva empoderar a população a partir do reconhecimento das fraquezas e das potencialidades sanitárias de determinados grupos sociais. Assim, ela parte de ações dialogadas, entre profissionais e usuários do sistema de saúde nacional, que buscam identificar características culturais, econômicas, sanitárias, entre outras, de diferentes comunidades, a fim de serem traçadas metas de ação estabelecidas na aprendizagem mútua.

A partir disso, entendo que a promoção da saúde, articulada com a educação, é um dos elementos mais importantes para o fortalecimento das vidas das mulheres negras. Considerando que existem situações de negligência relacionadas aos direitos básicos dessas mulheres, o tema se torna fulcral. Portanto, a promoção da saúde e a educação em saúde necessitam ser tomadas como processos de construção social direcionados ao combate de estigmas e violências emergentes do machismo, do racismo e das iniquidades de classe. O acesso equitativo aos direitos básicos possibilita melhores condições de vida, fazendo com que todas as mulheres possam tomar decisões por si mesmas.

Neste sentido, no ano de 2005, foi criada a Política para a Atenção à Saúde das Mulheres Negras (Brasil, 2005), que foca na Perspectiva da Equidade, lançada pelo Pacto Nacional pela Redução de Mortalidade Materna e Neonatal. O objetivo desta política é a “atenção integral à saúde da mulher que pressupõe que os direitos sexuais e os direitos reprodutivos sejam compreendidos como direitos humanos, assim como levar em conta a diversidade e as necessidades específicas da população feminina.” (Brasil, 2005, p. 05). Desse modo, “pretende desenvolver estratégias para mulheres e recém nascidos negros assim vinculado ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Assim, dando um olhar enfatizado à mulher negra em sua sexualidade e reprodução” (Lima e Volpato, 2014, p. 16).

Destaco que o documento, quando se torna extremamente relevante no contexto das demandas que destaco ao longo do trabalho e, quando associado à PNSIPN, na direção de contemplar tais demandas, pode ser bastante produtivo. Contudo, penso que deveria estar articulado aos documentos principais, que abrangem questões mais amplas, de modo a combater os índices sanitários negativos que continuam em alta. Isso mostra que mesmo havendo tentativas de mudanças significativas, o racismo, o machismo e demais marcadores continuam presentes, no que se refere ao cuidado dessas mulheres. Destarte, Goes e Nascimento (2013, p. 572-573), apontam que

nesse caso, as mulheres negras experimentam diferentes tipos de discriminação de raça e gênero, que, quando se interseccionam, comprometem a sua inserção na sociedade como um sujeito de direito, principalmente no que tange à saúde, onde as desigualdades impostas pelo racismo e sexismo diferenciam as mulheres no acesso aos serviços de saúde assim como no processo de adoecimento.

Analisando a política, nota-se que há intenção de ações que promovam saúde, pois abordam ações educativas para melhor atender as mulheres negras, bem como a necessidade de considerar que os profissionais devam estar habilitados para passarem informações necessárias aos usuários do SUS. Nesse contexto, o documento visa estimular a compreensão dos atravessamentos culturais que envolvem as comunidades em que essas mulheres se inserem.

Neste sentido, há uma preocupação que vai além do cuidado clínico, pois acreditam que as ações educativas ultrapassam os limites das instituições de saúde e demais ambientes formais, perpassando o cotidiano de cada uma das mulheres. A educação em saúde existe para promover saúde e, diante disso, Paes (2023, p. 45-46), refere que “as práticas de fortalecimento dos índices de saúde e de promoção da saúde para mulheres negras precisam

considerar movimentos que levem em consideração suas demandas específicas e coletivas e, ainda, que não desprezem os fatores sociais, culturais e econômicos que as localizam em determinadas situações.”

Desse modo, é a partir das práticas educativas que a promoção da vida das mulheres negras pode ser alcançada. Argumento que os terreiros, por exemplo, neste contexto, se tornam espaços importantes na construção da subjetivação dessas mulheres, pois é onde muitas podem vivenciar a negritude, além de se conectarem com sua ancestralidade, fortalecendo seu corpo político, sua autoestima e seus saberes tradicionais. No item 7 da Política para a Atenção à Saúde das Mulheres Negras, intitulado “Parcerias”, aparece a seguinte questão:

Os terreiros e outros espaços de religiões de matriz africana são importantes possibilidades de parcerias para atividades educativas em saúde. O setor Saúde precisa compreender a importância desses espaços, assim como conviver, sem preconceito, com as práticas populares e tradicionais de atenção à saúde, sobretudo no campo do cuidado, adotadas pela população negra. (Brasil, 2005, p. 18).

Neste sentido, para Gomes (2020, p. 90), os terreiros, “ao longo da história brasileira, foram se configurando como um espaço de proteção da identidade negra, de fortalecimento da cosmovisão das religiões de matriz africana e de conexão afetiva entre sujeitos que vivenciaram - e vivenciam - inúmeras formas de segregação material e simbólica.” Além disso, é comum nestes espaços as mulheres negras ocuparem posições de liderança e participarem ativamente em rituais, sendo uma das formas de desafiar os estereótipos impostos pelo gênero.

Ademais, a partir deste lugar, elas constroem suas narrativas, ressignificando o papel das mulheres negras na sociedade. Assim, são espaços que promovem resistência e empoderamento, fazendo com que se reconheçam como sujeitos importantes na construção de sua história, sendo uma forma de autocuidado.

Segundo Pires e King (2019 ([ONLINE])) o autocuidado “requer reconhecer as histórias individuais que cada uma dessas mulheres carrega – em suas dores, trajetórias e realizações – para daí conceber a ação coletiva” (s/n). As autoras, dizem que “a mulher negra em sua plenitude, seu protagonismo, com suas vivências, seus anseios e, principalmente, suas utopias quer construir um fazer político que integra o físico e o emocional” (s/n). O autocuidado também é uma forma de luta, pois é a partir dele que podemos construir mecanismos de promoção educativas para estas mulheres.

Além do mais, estas estratégias, pensadas a partir da educação em saúde, são planos pedagógicos que interseccionam vivências, saberes e práticas em saúde. Portanto, a política apresentada nesta seção, aponta elementos importantes, para pensar formas de combater os marcadores sociais que podem criar desafios. Para além desta política, acredito que devam ser criadas estratégias que funcionem na prática, pois conforme mostram os dados apresentados, a discrepância é enorme quando ocorrem comparações entre grupos sociais distintos.

Lembro que essas ações devem ser implementadas em colaboração com as próprias mulheres negras, respeitando e valorizando suas vozes, experiências e perspectivas únicas. A promoção da vida das mulheres negras é uma responsabilidade coletiva que requer esforços contínuos e ações concretas em níveis individuais, comunitários e institucionais.

Pensar na promoção da saúde a partir do viés da educação, é de extrema importância para que possa ser entendido as intersecções que atravessam as mulheres negras, bem como sendo uma forma de combater as desigualdades existentes, podendo assim promover vida e melhores condições de acesso. Outro fator importante para se pensar como forma de promover vida, são os coletivos femininos negros, onde elas possam ter acesso a informações, bem como estar com suas companheiras para que constituam-se a partir de novas perspectivas.

Figura 27: Representação



Fonte: Elaborado por Henrique Gonçalves, 2023.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste dissertação de mestrado, analisei as três edições da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2010,2013 e 2017), nas quais encontrei lacunas e desafios persistentes, revelando a necessidade urgente de reformulação de abordagens de modo a serem mais inclusivas quando associadas ao contexto da mulheres negras. Ainda, atentei à Política para a Atenção à Saúde das Mulheres Negras (2005), surge como uma possibilidade de melhoria acerca do que argumento nesta pesquisa.

Entendo que a invisibilidade de informações e elementos relativos às mulheres, nas primeiras edições, aponta para a persistência de discriminações que acabam por negligenciar as experiências únicas vividas por mulheres negras. Embora a última edição da política tenha incorporado maiores informações sobre a saúde das mulheres sobre as quais trata, a ausência de uma abordagem centrada no cuidado e atenção específicos para essas mulheres é notável. A tripla discriminação, originada da interseção de marcadores sociais, ocorre nos documentos e ressalta a urgência de estratégias que reconheçam e atendam às particularidades das negras.

Além disso, a constatação de que as abordagens predominantes na política ainda se concentram na perspectiva da doença, em lugar da promoção da saúde - consequentemente, da qualidade de vida - , sugere a necessidade de um redirecionamento nos debates e políticas públicas. É crucial considerar a promoção de uma visão mais abrangente e participativa que não apenas resolva questões emergenciais, mas que também construa bases sólidas para o bem-estar a longo prazo.

Nesse sentido, a educação em saúde emerge como uma ferramenta poderosa e transformadora. A abordagem interseccional proposta nesta dissertação destaca a necessidade de se integrar não apenas a dimensão racial, mas também as complexidades de gênero e classe nas estratégias educativas. A conscientização e a sensibilização dos profissionais de saúde, bem como da sociedade em geral, são fundamentais para superar barreiras históricas e promover mudanças significativas.

Por fim, nesta pesquisa enfatizei a necessidade de um compromisso coletivo na busca por equidade. A superação das disparidades na saúde e na educação das mulheres negras requer aprimoramentos nas políticas e uma transformação cultural e estrutural. Ao reconhecer e valorizar as vozes e as experiências dessas mulheres, podemos aspirar um futuro em que a

saúde e a educação sejam verdadeiramente acessíveis e equitativas para todas, independentemente de sua origem racial, de gênero ou de classe, conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde e os preceitos da educação nacional.

Figura 28: caminhos



Fonte: Elaborado por Henrique Gonçalves, 2023.

REFERÊNCIAS

ADAMS, E. M *et al.* Educação em Saúde para mulheres negras que vivem com HIV. In: DARSIE, C; HILLESHEIM, B; SOMAVILA; V.E.C.; SOUZA, M. S(org). **Formação e Educação em saúde na perspectiva da inclusão social**. Santa Maria: Arco Editores, 2023.

AGÊNCIA PÚBLICA. Mulheres negras dobram participação nos cursos mais disputados do Prouni. **Carta Capital**,2023 (ONLINE). Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/educacao/mulheres-negras-dobram-participacao-nos-cursos-mais-disputados-do-prouni/>>. Acesso em: 28 jan. 2024.

AIQUOC, K.M; SANTOS, V.B.P; OLIVEIRA, K.B; BATISTA, L.E. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: História, avanços e desafios. In: BARBOSA, I, R; AIQUOC, K.M; SOUZA, T. A (org). **Raça e saúde: múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil**. Natal, RN: EDUFRN, 2021. 274 p.

AKOTIRENE, Carla. **O que é interseccionalidade?** Belo Horizonte: Letramento: Justificando, 2018.

ALMEIDA, P. Brancos têm rendimento cerca de 40% maior do que negros, mostra pesquisa do IBGE. **CNN**, 2022 [(ONLINE)]. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/economia/brancos-tem-rendimento-cerca-de-40-maior-do-que-negros-mostra-pesquisa-do-ibge/>>. Acesso em: 15 nov. 2023.

ALMEIDA, S. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Jandaíra, 2020.

ARRAES, J. Mulher negra e saúde: “A invisibilidade adoecer e mata!”. **Portal Geledés**, 2014. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/mulher-negra-e-saude-invisibilidade-adoecer-e-mata/>. Acesso em 10 set. 2023.

ASSIS, C.V.S. Mulheres negras, opressões, feminismo negro e entretenimento. **VI Seminário Cetros- Crise e Mundo do Trabalho no Brasil desafios para classe trabalhadora**. Universidade Estadual do Ceará. p. 1-11, 2018. Disponível em: <https://www.uece.br/eventos/seminariocetros/anais/trabalhos_completos/425-51242-15072018-114301.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2023.

BARBOSA, A.C; OLIVEIRA, R.G; CORRÊA, R.M. Cuidado em Saúde e mulheres negras: notas sobre colonialidade, re-existência e conquista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.28, nº9, p.2469-2477, 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/PggGjVJLQTDGNTxs7MsPD9L/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 15 dez. 2023.

BENTO, C. **O pacto da branquitude**. São Paulo: Companhia das letras, 2022.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. **Indicadores de Vigilância em Saúde descritos segundo a variável raça/ cor**, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 48, n. 4, 2017.

Boletim temático da biblioteca do Ministério da Saúde. **Saúde da população negra**. Brasília, v. 2, n. 11, nov. 2022. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/boletim_tematico/populacao_negra_novembro_2022.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2023

BRASIL Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. Ministério da Saúde, Brasília: DF, 1. ed, p. 05-55,2010. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/sobre/a-secretaria/subsecretaria-de-articulacao-institucional-e-acoes-tematicas/coordenacao-geral-de-programas-e-acoes-de-saude/acoes-de-saude/politica-nacional-saude-integral-populacao-negra1.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2023

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Planalto, Brasília, DF:1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 15 nov. 2023

BRASIL. Decreto nº 26.042, de 17 de dezembro de 1948. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 455-751, 1948. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-26042-17-dezembro-1948-455751-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 15 dez.2023.

BRASIL. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Ministério da Saúde. Secretaria, Brasília: DF, 2ªed., p.44, 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_saude_2ed.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2023

BRASIL. Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde no Brasil. Ministério da Saúde, Brasília, 2005.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2005parte1.pdf. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Painel de Indicadores do SUS -Temático Saúde da População Negra. Ministério da Saúde, Brasília: DF, v.7, n.10, p. 8- 80,2016. Disponível em: <<file:///C:/Users/sarap/Downloads/Painel%20de%20Indicadores%20do%20SUS%20n%C2%BA%2010%20%E2%80%93%20Tem%C3%A1tico%20Sa%C3%BAde%20da%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20Negra,%20Vol.%20VII.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal Atenção à Saúde das Mulheres Negras. Brasília, 1ª ed, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectiva_equidade_pacto_nacional.pdf. Acesso em: 10 nov. 2023

BRASIL. Política Nacional da Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. Ministério da Saúde, Brasília, 3ed, p. 7- 44, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf>. Acesso em: 15 set. 2023

BRASIL. Política Nacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, Brasília:DF, 3 ed, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf Acesso em: 20 nov. 2023

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Plano Operativo**. Brasília. Ministério da Saúde. Brasília: DF, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_populacao_negra_plano_operativo.pdf. Acesso em: 15 set. 2023.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Ministério da Saúde, Brasília: DF, 2ªed, p. 5-33, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf. Acesso em: 15 set. 2023.

BRASIL. **Resolução nº 16, de 30 de março de 2017**. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/res0016_26_04_2017.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20III%20Plano,%C3%A9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\)>](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/res0016_26_04_2017.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20III%20Plano,%C3%A9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS)>). Acesso em: 15 set. 2023

BRASIL. **Resolução nº 2, de 2 de setembro de 2014**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 3 set.2014.Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2014/res0002_02_09_2014.html. Acesso em: 15 set. 2023.

BUSS, P. M *et al.*, Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25 nº.12, p. 4723-4735, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/v25n12/1413-8123-csc-25-12-4723.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2024.

BUTLER, J. **Corpos em aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa da assembleia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, p.172, 2018.

CARNEIRO, S. **Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero**. Racismos contemporâneos. Rio de Janeiro: Takano Editora, v. 49, p. 58, 2003.

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

COLLINS, P.H; BILGE, S. **Interseccionalidade**. tradução Rane Souza.- 1. ed.São Paulo : Boitempo, 2020.

CRENSHAW, K. **Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics**. 1989.Disponível em: <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf> >Acesso em: 26 jan. 2023.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista estudos feministas**,2002. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2002000100011>. Acesso em: 20 dez. 2022.

Dossiê: mulheres negras e justiça reprodutiva (2020-2021). Criola. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em:

<<https://drive.google.com/file/d/1eHGSM3DmKx1m9NbXEqrFBKRQnZgeoBx/view>>. Acesso em 28 set.2023

EBERT, B; SCHAEFER, C.K; GRESPAN, L. “Programa Saúde na Escola: Estudo de Caso a partir das lentes da Promoção da Saúde e da Educação em Saúde”. In: DARSIE, C. *et al.* (Org.). **Educação em Saúde na Formação Acadêmica: Ensaios Universitários**. Santa Maria, RS: Arco Editores, 2022.

FRAGA, F. A.; SANINO, G. E. de C. Saúde da mulher negra passos e descompassos: ações afirmativas na saúde, provável luz no fim do túnel?. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, [S. l.], v. 7, n. 15, p. 192–211, 2015. Disponível em: <<https://abpnrevista.org.br/site/article/view/121>>. Acesso em: 11 dez. 2023.

GOES, E. F. NASCIMENTO, E. R. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**: Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571-579, out/dez 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kw9SwJT5SHMYty6dhTYvsGg/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 nov. 2023

GOMES, M. A. CRAS e intervenção psicopolítica: os terreiros como lugar de pertença, acolhimento e resistência política. **Rev. psicol. polít.** vol.20, n.47, p. 87-101, 2020. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v20n47/v20n47a08.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2024.

GONZALEZ, L. **Por um Feminismo Afro-Latino-Americano: Ensaios, Intervenções e Diálogos**. Rio Janeiro: Zahar, 2020.

GONZALEZ, L. A categoria político-cultural da amefricanidade. In: **Tempo Brasileiro**. Rio de Janeiro, n.º 92/93. (jan.jun.), p. 69-82,1988.

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

GROSGOUEL,R. A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. **Sociedade e Estado**. v. 31, n.º.1, p. 25-49, 2016. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339945647003>>. Acesso em: 20 jan. 2024.

HILLESHEIM, B; CRUZ, L. Risco, vulnerabilidade e infância: algumas aproximações. **Psicologia & Sociedade**; v.20, n.º. 2, p. 192-199, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/psoc/a/4MSwTYyy4d7gR4g3xtQdsYn/>>. Acesso em: 20 jan. 2024.

Hooks, b. “Mulheres negras: moldando a teoria feminista”. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília: DF, n.º16, p. 193-210, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/mrjHhJLHZtfyHn7Wx4HKm3k/?lang=pt>>. Acesso em: 05 nov. 2023.

Hooks, b. **Olhares negros: raça e representação**. São Paulo: Elefante, 2019.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica**, n. 41, 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/justica-e-seguranca/29540-2013-pesquisa-nacional-de-saude.html>>. Acesso em 15 jan. 2024.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA- IPEA. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 4ª ed. Brasília: DF, p. 39, 2011. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/revista.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2023

KALCKMANN, S. **et al.** Racismo Institucional: um desafio para equidade no SUS? **Saúde Soc.** São Paulo, v. 16, nº. 2, p.146-155, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZTJmFN3BzNTm8C6rf9qFJgC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2023.

LIMA, A. S. G; VOLPATO, L. M.B. Saúde da Mulher Negra e os Determinantes: Racismo, Questão de Gênero e Classe Econômica. **Toledo Prudente**, 2014. Disponível em: <<http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/viewFile/4406/4166>>. Acesso em: 05 dez. 2023.

LIRA, P.L. Mulheres negras : Desigualdade racial e de gênero e as políticas e Programas Sociais. **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, Vitória ES, p. 1-12, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22183>>. Acesso em: 02 fev. 2023.

LOPES, F.; WERNECK, J. Da conceituação às políticas públicas de direito. In: WERNECK, J. (Org.). **Mulheres negras: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro, p. 05-22, 2000. Disponível em: <https://criola.org.br/wp-content/uploads/2017/10/livro_mulheresnegras_1_.pdf> . Acesso em: 17 set. 2023.

MADEIRO, C. Negros são 75% entre os mais pobres; brancos 70% entre os mais ricos. **Uol**, 2019 (ONLINE) Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2019/11/13/percentual-de-negros-entre-10-mais-pobre-e-triplo-do-que-entre-mais-ricos.htm>>. Acesso em : 15 agost. 2023

MARROSO, F. Saúde da população negra: Implementação de lei é cobrada em audiência. **Câmara Municipal do Rio de Janeiro**, 2023 (ONLINE). Disponível em: <<https://www.camara.rio/comunicacao/noticias/1529-saude-da-populacao-negra-implementacao-de-lei-e-cobrada-em-audiencia>>. Acesso em: 15 dez. 2023.

MBEMBE, A. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. Tradução Renata Santini. São Paulo: N-1 edições, 2018.

Médica é acusada de racismo contra paciente: 'Disse que mulheres pretas têm mais probabilidade de ter cheiro forte nas partes íntimas'. **G1, Fantástico**(ONLINE, 2023). Disponível em: <<https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2023/06/11/medica-e-acusada-de-racismo-contra-paciente-disse-que-mulheres-pretas-tem-mais-probabilidade-de-ter-cheiro-forte-nas-partes-intimas.s.html>>. Acesso em 20 jan. 2024.

MUNANGA, K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. In BRANDÃO, A. A. P. (Org.), **Cadernos Penesb 5**. Niterói: Eduff, 2004. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2014/04/Uma-abordagem-conceitual-das-nocoes-de-raca-racismo-identidade-e-etnia.pdf>>. Acesso 18 jan.2023

NASCIMENTO, A. **O Genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1978.

NASCIMENTO, E. C., CABRAL, F. P. & CERQUEIRA, L. S. A interseccionalidade de raça e gênero no acesso ao mercado de trabalho: uma breve análise dos dados do IBGE ano base 2016. **Diversidade e Educação**, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.furg.br/divedu/article/view/9493>>. Acesso em: 07 de fev.2023.

OLIVEIRA, A, S; OLIVEIRA, G, C; CARDOSO, J, S. Reflexos do machismo estrutural brasileiro em tempos de COVID 19: quando o distanciamento social é tão letal quanto o vírus. **Revista da Seção Judiciária do Rio de Janeiro**, v. 24, n. 49, p. 93-111, out. 2020. Disponível em: <<http://revistaauditorium.jfrj.jus.br/index.php/revistasjrj/article/view/466>>. Acesso em: 25 set. 2023.

OLIVEIRA, B. M.C; KUBIAK. F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde debate**. v,3, nº. 122, p- 939-948, jul.-set. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VL3mkyvXRQbKMZKqVbb5mdd/?lang=pt>> . Acesso em: 02 set. 2023.

PAES, S. E.; DARSIE, C. A invisibilidade das professoras negras nas instituições de educação básica de Santa Cruz do Sul- RS e a questão dos territórios e territorialidades. **Caderno Prudentino de Geografia**, v. 2, p. 180- 201, 2022.

PAES, S. E. Saúde das mulheres negras: uma reflexão necessária para promover a inclusão social. In: DARSIE, C; HILLESHEIM, B; SOMAVILA; V. E. C.; SOUZA, M. S. **Formação e Educação em saúde na perspectiva da inclusão social**. Santa Maria: Arco Editores, 2023.

PINA, R; RIBEIRO, R. Racismo na saúde: nas maternidades do Brasil, a dor também tem cor. **Carta capital**, 2020 [(ONLINE)]. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/sociedade/racismo-na-saude-nas-maternidades-do-brasil-a-dor-tambem-tem-cor/>>. Acesso em 20 jan. 2024.

PINTO, G. Situação das mulheres negras no mercado de trabalho: uma análise dos indicadores sociais. **Anais XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, p. 1- 16, 2016.

PIRES, T; KING, A. Autocuidado: a ciranda política das mulheres negras. **Le monde Diplomatique**, 2019 (ONLINE)]. Disponível em:

<<https://diplomatie.org.br/autocuidado-a-ciranda-politica-das-mulheres-negras/>>. Acesso em: 11 dez. 2023

PORTELLA, T. Boletim seta 01- Desigualdade de gênero e raça na educação brasileira. **Portal Geledés**, 2022. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/boletim-seta-01-desigualdade-de-genero-e-raca-na-educacao-brasileira/>>. Acesso em: 20 set. 2023.

RATTS, A. **Beatriz Nascimento: Uma história feita por mãos negras**. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.

Relatório Final do Fórum “Enfrentando o Racismo Institucional para Promover Saúde Integral da População Negra no SUS”. **UNFPA**, p.92, 2016. Disponível em: <<https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/relat%C3%B3rio-final-do-f%C3%B3rum-enfrentando-o-racismo-institucional-para-promover-sa%C3%BAde#:~:text=UNFPA%20Brasil%20%7C%20Relat%C3%B3rio%20final%20do,da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20negra%20no%20SUS%22>>. Acesso em: 10 nov. 2023.

SCHUMAN, L. V. Racismo e Antirracismo: a categoria raça em questão. **Revista de Psicologia Política**, v.10. nº 19. p. 41-55. Jan. – Jun,2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2010000100005>. Acesso 17 jan. 2023.

SILVA, A. C.R.F; MESQUITA, M. R. Interseccionalidade e participação política: A experiência de mulheres negras jovens feministas. **Psicologia Política**, São Paulo, vol. 20. n.48, p. 339-354., maio/ago 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1519-549X2020000200007>. Acesso em: 28 set.2023.

SOUZA, K. “Sou estudante negra de medicina, mas sempre me confundem com pacientes do SUS”. **Intercept Brasil** (ONLINE), 2019. Disponível em: <<https://www.intercept.com.br/2019/04/04/negra-medicina-racismo/>>. Acesso em: 20 jan. 2024.

SOUZA, M; VICENTE, J. Precisamos falar urgentemente sobre a saúde das mulheres negras. **Brasil de Fato**, 2023 (ONLINE). Disponível: <<https://www.brasildefato.com.br/2023/03/21/precisamos-falar-urgentemente-sobre-a-saude-das-mulheres-negras>>. Acesso em: 15 set. 2023.

VIANNA, R, Raça, gênero e classe na perspectiva de bell hooks. **Revista Sociedade e Cultura**. v.24, 2021. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fcs/article/view/66604/36809>>.Acesso em: 15 dez. 2023.

VIEIRA, I. IBGE: negros são 17% dos mais ricos e três quartos da população mais pobre. **Agência Brasil**. 2016 (ONLINE). Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-12/ibge-negros-sao-17-dos-mais-ricos-e-tres-quartos-da-populacao-mais-pobre>>. Acesso em: 10 set. 2023.

WERNECK, J. O samba segundo as Ialodês: mulheres negras e a cultura midiática. Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Cultura, Universidade Federal do Rio Janeiro: UFRJ,2007. **Tese de doutorado**. Disponível em: <<http://objdig.ufrj.br/30/teses/JuremaPintoWerneck.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2023.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25,n.3,p.535-549,2016.Disponível em:<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt>> . Acesso em: 10 de set. 2023.

¹¹Imagens elaboradas por Henrique Gonçalves, nascido em 2005 na cidade de Santa Cruz do Sul, no Rio Grande do Sul, reside e trabalha na mesma como Artista Visual autodidata, curador de eventos municipais, Drag Queen performer e expositor de obras. Movido pela arte desde a infância, ele traz em suas obras expressões de todas as suas versões, desde a mais jovem à mais clássica. Teve todo seu conhecimento de arte e técnicas traçados por si mesmo, sem nenhum estudo formal, ele engaja todas suas vontades e ideais em obras permanentes ou não. Considera seu princípio na vida artística rebuscada no final de 2019, onde finaliza o ensino fundamental desenhando seu primeiro realismo colorido numa figura Drag Queen, acentuando o que futuramente seriam duas paixões complementares. Desde 2020 se adentra em um cenário onde a produção de obras e projetos é intermitente e extremamente variada. Engloba seus aspectos plásticos em telas e desenhos com diversos movimentos artísticos, como surrealismo, impressionismo, expressionismo, realismo, ilustrações, Arte digital, contemporânea, moderna, etc. Opções para contato:henriquegs.arts@gmail.com (e-mail)/@hgs.arte (Instagram).

Figura 29: Homenagem



Fonte: Elaborado por Henrique Gonçalves, 2023.