



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CAMPUS REGIONAL DO VALE DO IVAÍ
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**



JULIANA DE SOUZA FADINI

**AS DISPARIDADES RACIAIS E DE GÊNERO NO ACESSO AOS
SERVIÇOS DE SAÚDE: O CONTEXTO DA MULHER NEGRA**

Ivaiporã/PR
2024

JULIANA DE SOUZA FADINI

**AS DISPARIDADES RACIAIS E DE GÊNERO NO ACESSO AOS
SERVIÇOS DE SAÚDE: O CONTEXTO DA MULHER NEGRA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço Social da
Universidade Estadual de Maringá (UEM),
como requisito parcial para obtenção do
Título de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Maria Celeste Melo da
Cruz

Ivaiporã/PR
2024

JULIANA DE SOUZA FADINI

**AS DISPARIDADES RACIAIS E DE GÊNERO NO ACESSO AOS
SERVIÇOS DE SAÚDE: O CONTEXTO DA MULHER NEGRA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço Social da
Universidade Estadual de Maringá – UEM,
como requisito parcial para obtenção do
Título de Bacharela em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Maria Celeste Melo da Cruz
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Profa. Dra. Edinaura Luza
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Prof. Dr. Douglas Marques
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Ivaiporã/PR, 22 de janeiro de 2025.

*A voz de minha bisavó
ecoou criança
nos porões do navio.
ecoou lamentos
de uma infância perdida.*

*A voz de minha avó
ecoou obediência
aos brancos-donos de tudo.*

*A voz de minha mãe
ecoou baixinho revolta
no fundo das cozinhas alheias
debaixo das trouxas
roupagens sujas dos brancos
pelo caminho empoeirado
rumo à favela.*

*A minha voz ainda
ecoa versos perplexos
com rimas de sangue
e fome.*

*A voz de minha filha
recolhe todas as nossas vozes
recolhe em si
as vozes mudas caladas
engasgadas nas gargantas.*

*A voz de minha filha
recolhe em si
a fala e o ato.*

O ontem – o hoje – o agora.

*Na voz de minha filha
se fará ouvir a ressonância
o eco da vida-liberdade.*

Conceição Evaristo

DEDICATÓRIA

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso a todas as mulheres negras, que, mesmo com seus direitos garantidos por lei, ainda precisam lutar diariamente para que sua saúde, sua dignidade e seu direito à vida sejam respeitados.

AGRADECIMENTOS

Durante minha jornada acadêmica, vivi momentos que me transformaram como pessoa. Não foi fácil conciliar trabalho, estudos, afazeres domésticos e ainda estagiar aos sábados e, por vezes, aos domingos. Muitas vezes, parecia impossível dar conta de tudo, mas o esforço valeu a pena. Hoje, ao olhar para trás, me sinto imensamente grata por tudo e por todos que fizeram parte desse longo e árduo caminho.

Agradeço primeiramente a Deus pela força e coragem que me sustentaram nos momentos mais difíceis. Foi na oração que encontrei o refúgio necessário para seguir em frente, quando tudo parecia não ter fim. A música “Ressuscita-me” da cantora Aline Barros, foi uma fonte de conforto e ao longo dessa jornada, lembrando-me que nunca estive sozinha.

Agradeço a minha mãe Fátima, por ser meu porto seguro. Seu carinho e apoio foram fundamentais para que eu chegasse até aqui. Com seu jeito sincero e sabedoria, não me deixou desistir.

À minha amiga Lívia, que me incentivou a ingressar no curso de Serviço Social. Suas palavras me motivaram a dar o primeiro passo. Lembro-me como se fosse hoje ela dizendo: “Vamos, vai ser legal”. Obrigada menina Lívia, foi uma jornada incrível.

Sou imensamente grata à Jéssica, que, durante meu estágio no Lar São Lourenço, não apenas me orientou, mas também me acolheu. Seus ensinamentos, sua ética profissional e sua humanidade são o espelho da profissional que almejo me tornar. Foram dois anos de aprendizado que reforçaram minha crença no poder da empatia e do cuidado. À equipe do Lar São Lourenço, minha gratidão por me abrirem as portas durante esse período tão importante para a minha formação acadêmica.

Minha orientadora professora Celeste, merece um agradecimento especial. Sua paciência, comprometimento e palavras certas, nos momentos mais desafiadores, foram essenciais para a realização deste Trabalho de Conclusão de Curso. Seu auxílio me guiou quando eu mais precisei. Sou grata por cada orientação

compartilhada. Sem você, eu não teria chegado até aqui. Foi a melhor orientadora que eu poderia ter. Gratidão por tudo!

Quero agradecer as amigas que fiz ao longo do curso Bianca, Nicolle e Gabrielle, vocês foram meu refúgio nos dias difíceis, abrigo para minhas angústias, ouvintes das minhas reclamações e o suporte que me manteve firme. Obrigada pelas risadas compartilhadas, que tornaram essa trajetória mais leve e tranquila. Sozinha a gente chega, mas em grupo a jornada é mais divertida.

Ao Marcos, meu namorado, que chegou no momento mais turbulento da graduação e trouxe consigo paciência, compreensão e cuidado necessário para esse período. Obrigada por ser meu colo, meu suporte e meu parceiro em todos os momentos.

Por fim, agradeço a cada professor que, ao longo de todo o curso, me proporcionou embasamento teórico para chegar até aqui, contribuindo para a construção de um olhar mais crítico e humano sobre o mundo. A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte dessa trajetória, o meu muito obrigada.

FADINI, Juliana de Souza. **AS DISPARIDADES RACIAIS E DE GÊNERO NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: O CONTEXTO DA MULHER NEGRA**. 80p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual de Maringá, Ivaiporã/PR, 2024.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social, da Universidade Estadual de Maringá – Campus Regional do Vale do Ivaí tem como objeto a saúde da mulher negra no Brasil e as disparidades de raça, classe e gênero no acesso aos serviços de saúde. O objetivo geral foi analisar os principais enfoques da literatura especializada sobre a saúde da mulher negra, publicadas entre 2019 e 2024, em relação às desigualdades de raça, classe e gênero no acesso aos serviços e tratamentos de saúde no Brasil. Para alcançar esse objetivo, foram definidos os seguintes objetivos específicos: 1) analisar as questões de saúde enfrentadas pelas mulheres negras em relação ao racismo estrutural e institucional no sistema de saúde brasileiro; 2) compreender a contribuição do Serviço Social à temática da saúde da mulher negra no Brasil; 3) analisar a partir da literatura especializada, em diversas áreas, a temática saúde da mulher negra. A pesquisa, de natureza bibliográfica e qualitativa, foi orientada pelo seguinte problema: como a literatura especializada, em diversas áreas, apresenta e analisa os desafios enfrentados pelas mulheres negras no acesso ao sistema de saúde brasileiro? O corpus amostral foi composto por oito artigos acadêmicos, analisados a partir de quatro eixos temáticos: violência doméstica e sexual; violências obstétrica, ginecológica e mortalidade materna; doenças crônicas e fatores de risco; e saúde mental e violência de gênero. A análise revelou que o racismo estrutural e as desigualdades de gênero afetam diretamente a saúde das mulheres negras, resultando em barreiras no acesso a tratamentos de qualidade e na perpetuação de vulnerabilidades. Ou seja, os resultados da pesquisa reiteram que os determinantes sociais que marcam as desigualdades sociais em saúde, tais como as relações de raça, classe social e gênero, dentre outras, não se apresentam de forma isolada na trama das relações sociais. Dessa forma, as mulheres negras, precisam das políticas públicas para acessar e usufruir do acesso à saúde de forma equitativa.

Palavras-chave: racismo estrutural; racismo institucional; saúde da mulher negra; desigualdades de gênero; Serviço Social.

FADINI, Juliana de Souza. **RACIAL AND GENDER DISPARITIES IN ACCESS TO HEALTH SERVICES: THE CONTEXT OF BLACK WOMEN**. 80p. Course completion work (Bachelor of Social Work) – State University of Maringá, Ivaiporã/PR, 2024.

ABSTRACT

The present Social Work thesis from the State University of Maringá – Campus of do Vale do Ivaí has as its goal the Black women's health in Brazil and the racial and gender disparities in accessing healthcare services. The general objective was to analyze the main approaches in specialized literature on Black women's health published between 2019 and 2024, with emphasis on racial and gender inequalities in accessing healthcare services and treatments in Brazil. To achieve this, the following specific objectives were defined: 1) analyze the health issues faced by Black women in relation to structural and institutional racism in the Brazilian healthcare system; 2) understand the contributions of Social Work to the topic of Black women's health in Brazil; 3) examine the topic of Black women's health through specialized literature in various fields. The research, which is bibliographic and qualitative in nature, was guided by the following question: how does specialized literature across various fields present and analyze the challenges faced by Black women in accessing the Brazilian healthcare system? The sample corpus consisted of eight academic articles, analyzed across four thematic axes: domestic and sexual violence; obstetric and gynecological violence and maternal mortality; chronic diseases and risk factors; and mental health and gender-based violence. The analysis revealed that structural racism and gender inequalities directly impact Black women's health, creating barriers to accessing quality treatments and perpetuating vulnerabilities. The research findings highlight that the social determinants of health inequalities, such as gender, race, and social class, do not operate in isolation within social relationships. Therefore, Black women require public policies to ensure equitable access to healthcare.

Keywords: structural racism; institutional racism; Black women's health; gender inequality; social work.

LISTA DE GRÁFICO

Tabela 1 - Mortalidade materna por raça/cor.....	54
---	-----------

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Corpus amostral da pesquisa.....	58
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BDTD - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões
CBAS - Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CBCISS - Centro Brasileiro de Serviços de Saúde e Intervenção Social
CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social
SCIELO - Scientific Electronic Library Online
CIPPE - Comissão Intersetorial de Políticas de Promoção da Equidade
CNS - Conselho Nacional de Saúde
COVID-19 - Coronavírus
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DAENT - Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis
DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
GELEDÉS - Instituto da Mulher Negra
GTI - Grupo de Trabalho Interministerial
G6PD - Deficiência de Glicose-6-Fosfato
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
IAPS - Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEPS - Instituto de Estudos para Políticas de Saúde
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros
MS - Ministério da Saúde
MMG - Morbidade Materna Grave
RMM - Razão de Mortalidade Materna
OMS - Organização Mundial da Saúde
PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNS - Política Nacional de Saúde

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SEPPIR - Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SIS - Sistemas de Informação de Saúde

SINAPIR - Sistema Nacional de Promoção da Igualdade Racial

SUS - Sistema Único de Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 MARCOS TEÓRICO E POLÍTICO: MULHERES, SAÚDE, RAÇA E LUTAS	
SOCIAIS	14
2.1 Racismo Estrutural e Saúde.....	14
2.2 Interseccionalidade e Saúde da Mulher Negra	17
2.3 A Mulher Negra e o Sistema de Saúde	19
2.3.1 Constituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	20
2.3.2 Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	25
2.4 Lutas do Movimento Negro ao Direito à Saúde	30
2.5 Racismo Institucional e Saúde	35
3 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE DA MULHER NEGRA.....	40
3.1 Breve Histórico sobre o Serviço Social na Política de Saúde	40
3.2 Serviço Social e Saúde da Mulher Negra.....	48
3.3 Dados sobre a Saúde da Mulher Negra no Brasil	51
4 SAÚDE DA MULHER NEGRA NA LITERATURA ESPECIALIZADA	56
4.1 Caminho Metodológico da Pesquisa	56
4.1.1 A pesquisa bibliográfica e a abordagem qualitativa na leitura do objeto	56
4.1.2 Etapas procedimentais para seleção do corpus amostral da pesquisa.....	57
4.2 Eixos Predominantes na Análise da Bibliografia	60
4.2.1 Violência doméstica e sexual	60
4.2.2 Violências obstétrica, ginecológica e mortalidade materna	62
4.2.3 Doenças crônicas e fatores de risco.....	65
4.2.4 Saúde mental e violência de gênero	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS	75

1 INTRODUÇÃO

O Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social, apresentado à Universidade Estadual de Maringá (UEM) – Campus Regional do Vale do Ivaí-PR, versa sobre um estudo bibliográfico de natureza qualitativa, que discute a saúde da mulher negra no Brasil, com foco nas disparidades de raça, classe social e gênero no acesso aos serviços de saúde. A escolha do tema surgiu a partir de reflexões promovidas ao longo da graduação em Serviço Social, especificamente nas disciplinas de Seguridade e Serviço Social II (Saúde) e Seminário de Trabalho de Conclusão de Curso.

O debate da saúde da mulher negra evidencia os reflexos do racismo estrutural e institucional no Brasil, resultando em condições desiguais de acesso aos serviços de saúde e em atendimentos que, muitas vezes, ignoram as especificidades raciais, de classe e de gênero. A interseccionalidade é um aspecto central nesse debate, uma vez que mulheres negras enfrentam discriminação tanto pela questão racial quanto pela questão de gênero, ampliando suas vulnerabilidades. Embora existam políticas públicas voltadas para a promoção da equidade na saúde, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), essas políticas ainda não atendem adequadamente as necessidades específicas das mulheres negras, o que compromete a garantia de seus direitos.

Justifica-se, portanto, a necessidade de ampliar o debate acerca da saúde da mulher negra e das desigualdades de acesso aos serviços de saúde, pois esses conhecimentos podem contribuir significativamente nos âmbitos pessoal, científico e social.

No âmbito pessoal, a pesquisa busca responder às inquietações da autora sobre as condições de saúde das mulheres negras e identificar os desafios impostos pelo racismo nos serviços de saúde.

No contexto social, pretende-se fomentar a reflexão, para que profissionais e sociedade em geral, acessem informações sobre o racismo estrutural e principalmente o racismo institucional, no que diz respeito ao acesso precarizado e muitas vezes a negação do direito aos serviços de saúde para as mulheres negras. Outro importante ponto é contribuir na construção de estratégias de ação no combate ao racismo institucional.

No âmbito científico, o trabalho pretende contribuir para o avanço do debate sobre o tema, socializando material de referência para estudantes, assistentes sociais e demais estudiosos/as interessados/as em compreender as complexidades que envolvem a questão do racismo e os rebatimentos na saúde da mulher negra no Brasil.

A problemática que guia este estudo é: como a literatura especializada, em diversas áreas, apresenta e analisa os desafios enfrentados pelas mulheres negras no acesso ao sistema de saúde brasileiro? Assim, o objetivo geral desta pesquisa é analisar os principais enfoques da literatura especializada sobre a saúde da mulher negra, publicadas no período de 2019 e 2024, em relação às desigualdades de raça, classe social e gênero, no acesso aos serviços e tratamentos de saúde no Brasil. Para isso, foram definidos três objetivos específicos: analisar as questões de saúde enfrentadas pelas mulheres negras em relação ao racismo estrutural e institucional no sistema de saúde brasileiro; compreender a contribuição do Serviço Social à temática da saúde da mulher negra no Brasil; e analisar como a literatura especializada em diversas áreas aborda a temática saúde da mulher negra.

A estrutura deste trabalho foi organizada em três seções, que correspondem aos objetivos e aos temas centrais da pesquisa. Na Seção II, intitulada “Marcos Teórico e Político: Mulheres, Saúde, Raça e Lutas Sociais”, são explorados os fundamentos teóricos do racismo estrutural e da interseccionalidade, além das políticas públicas relevantes, como a PNAISM e a PNSIPN. Também são abordadas as lutas históricas do Movimento Negro e as manifestações do racismo institucional na área da saúde.

Na Seção III, intitulada “Serviço Social e Saúde da Mulher Negra”, apresenta um panorama histórico sobre a atuação do Serviço Social na Política de Saúde no Brasil, ressaltando sua relação com as demandas da população negra e, mais especificamente, das mulheres negras. Além disso, são apresentados dados recentes sobre as condições de saúde desse grupo no Brasil e discutidas as contribuições da profissão para o enfrentamento das desigualdades.

Na Seção IV, “Saúde da Mulher Negra na Literatura Especializada”, é descrito o caminho metodológico da pesquisa, que partiu da escolha de quatro eixos que serviram de análise para os artigos pesquisados, quais sejam Violência Doméstica e Sexual; Violências Obstétricas, Ginecológicas e Mortalidade Materna; Doenças Crônicas e Fatores de Risco; e Saúde Mental e Violência de Gênero. A partir dessa definição, foi realizada a busca em plataformas digitais, e após, a seleção de oito

artigos acadêmicos como corpus amostral. Esta seção aborda a análise qualitativa desses textos com base nos eixos escolhidos, que permitiu uma compreensão das experiências vivenciadas pelas mulheres negras, revelando tanto os desafios quanto às possíveis estratégias de enfrentamento para promover equidade de acesso no sistema de saúde.

2 MARCOS TEÓRICO E POLÍTICO: MULHERES, SAÚDE, RAÇA E LUTAS SOCIAIS

Nesta seção abordar-se-á as questões teóricas, políticas e sociais sobre saúde nas perspectivas de raça, classe e gênero, com foco nas desigualdades enfrentadas pelas mulheres negras. A partir do racismo estrutural e da interseccionalidade, buscar-se-á entender como essas opressões impactam o acesso à saúde e a qualidade do atendimento. Serão apresentadas e explicitadas as políticas públicas como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; além do reconhecimento das contribuições do Movimento Negro na luta por direitos e a discussão sobre o racismo institucional como um obstáculo para a promoção e acesso à saúde das mulheres negras.

2.1 Racismo Estrutural e Saúde

O racismo é um fenômeno social e histórico que vai além de ações isoladas e atitudes preconceituosas de indivíduos. De acordo Ribeiro (2019), o racismo é um sistema de opressão que organiza a sociedade, afetando todas as suas esferas. O racismo estrutural opera por meio de normas, práticas e políticas que parecem neutras, mas que, na verdade, perpetuam a desigualdade e a exclusão da população negra.

Conforme Ribeiro (2019, p.12), “o racismo é, portanto, um sistema de opressão que nega direitos, e não um simples ato da vontade de um indivíduo”. Assim, a discriminação racial torna-se algo que permeia várias esferas da vida, como o mercado de trabalho, a educação, saúde, segurança pública e o acesso aos direitos básicos.

Para Almeida (2019), o racismo estrutural é uma evidência que vai além das atitudes ou ações isoladas dos indivíduos. Ele é uma característica cravada sistematicamente nas estruturas sociais, econômicas e políticas de uma sociedade, conformando as interações e oportunidades de diferentes grupos raciais de forma persistente e abrangente. O autor argumenta que o racismo estrutural integra uma organização social de maneira tão profunda que se torna praticamente invisível para aqueles/as que não o enfrentam diretamente. Ele está incorporado nas políticas

institucionais, nas normas culturais e nos sistemas econômicos, o que resulta em desigualdades contínuas.

O racismo se expressa concretamente como desigualdade política, econômica e jurídica. Porém, o uso do termo “estrutura” não significa dizer que o racismo seja uma condição incontornável e que ações e políticas institucionais antirracistas sejam inúteis; ou, ainda, que indivíduos que cometam atos discriminatórios não devam ser pessoalmente responsabilizados. Dizer isso seria negar os aspectos social, histórico e político do racismo (Almeida, 2019, p. 33).

De acordo Almeida (2019), o racismo não deve ser entendido como uma falha ocasional ou patologia social, mas sim como parte integrante da estrutura social. Na visão do autor, o racismo é recorrente no modo como se organizam as relações econômicas, políticas, jurídicas e, até mesmo, familiares. Em outras palavras, o racismo é estrutural e está presente em processos institucionais e comportamentos individuais que refletem uma sociedade onde a desigualdade racial é regra, não exceção. Se perpetua, socialmente, de forma quase invisível, passando de geração em geração e tornando-se uma parte aceita, embora não seja expressamente reconhecido.

Ribeiro (2019) destaca que

O primeiro ponto a entender é que falar sobre racismo no Brasil é, sobretudo, fazer um debate estrutural. É fundamental trazer a perspectiva histórica e começar pela relação entre escravidão e racismo, mapeando suas consequências. Deve-se pensar como esse sistema vem beneficiando economicamente por toda a história a população branca, ao passo que a negra, tratada como mercadoria, não teve acesso a direitos básicos e à distribuição de riquezas. (Ribeiro, 2019, p.9)

Essas condições de desigualdade estrutural são mantidas por normas e práticas institucionais que privilegiam determinados grupos, reforçando os estereótipos e subjugando a população negra a papéis sociais marginalizados. O resultado é uma sociedade que naturaliza a desigualdade e torna a mobilidade social dos/as negros/as ainda mais desafiadora, necessitando de políticas públicas focadas na equidade racial e de ações afirmativas que possam dismantelar essa estrutura.

Ribeiro (2019) enfatiza que o racismo estrutural não depende de ações conscientes, mas se manifesta de forma sistemática, tornando-se quase imperceptível a quem não é diretamente impactado. Esse tipo de racismo opera de maneira a naturalizar a inferiorização e a opressão das pessoas negras, limitando seu acesso a oportunidades e direitos em diversas áreas, como educação, saúde, moradia e

mercado de trabalho. No âmbito da saúde, mulheres negras frequentemente enfrentam dificuldades para acessar serviços de qualidade, sendo muitas vezes vítimas de negligência e discriminação. Na educação, as contribuições e histórias de pessoas negras são frequentemente omitidas ou distorcidas, o que prejudica a construção da identidade e da autoestima dos/as jovens negros. No mercado de trabalho, a população negra ocupa, majoritariamente, os postos mais precarizados, resultado de uma longa trajetória de exclusão e falta de oportunidades justas.

Nessa perspectiva Almeida (2019), coloca como o racismo estrutural evidencia como essa forma de discriminação ultrapassa as ações individuais, permeando esferas amplas como a saúde, a economia, o sistema jurídico, a política e a cultura. No contexto da saúde coletiva, o racismo estrutural impacta diretamente o acesso e a qualidade dos serviços prestados a pessoas negras, reforçando desigualdades que dificultam seu bem-estar. Para enfrentá-las, é necessário que as políticas públicas de saúde incorporem análises sensíveis às questões raciais, registrando como as estruturas discriminatórias moldam as oportunidades e os obstáculos enfrentados por essas leis, promovendo assim uma saúde mais inclusiva e equitativa.

Para as mulheres negras, o impacto do racismo na saúde é agravado pela intersecção entre raça, gênero e classe, o que as coloca em uma posição de vulnerabilidade particular. Segundo Werneck (2016), o racismo estrutural afeta as mulheres negras de modo significativo, tanto pela desassistência quanto pela negligência no atendimento. Elas sofrem com taxas mais altas de mortalidade materna e enfrentam maiores dificuldades para acessar serviços de saúde, especialmente nas áreas de saúde reprodutiva e saúde mental.

Werneck (2016) salienta ainda que a falta de assistência adequada às mulheres negras está associada à discriminação racial e de gênero dentro das práticas e políticas de saúde, levando a tratamentos de menor qualidade e à subvalorização de suas necessidades médicas. As mulheres negras frequentemente se deparam com um sistema que não considera suas especificidades, o que resulta em diagnósticos tardios, abordagens de menor cuidado e desigualdades no acesso a tratamentos preventivos e curativos.

Dessa forma, reconhecer o racismo como algo estrutural é um passo importante para transformar essa realidade, reivindicando políticas públicas voltadas para a igualdade racial e ações afirmativas que contribuam para desmantelar essa

estrutura racista. E, nesse contexto, a interseccionalidade é um conceito que permite entender como diferentes fatores sociais, como raça e gênero, se combinam para agravar a desigualdade. Para as mulheres negras, essa sobreposição entre ser mulher e ser negra aumenta ainda mais a vulnerabilidade, especialmente na área da saúde, onde enfrentam mais desassistência e negligência.

2.2 Interseccionalidade e Saúde da Mulher Negra

A interseccionalidade, temática discutida por Kimberlé Crenshaw (2002), oferece uma abordagem essencial para entender as desigualdades estruturais enfrentadas por grupos marginalizados. Ao considerar como opressões, racismo, sexismo, classismo e homofobia se entrelaçam, a interseccionalidade revela que essas formas de discriminação não operam isoladamente, mas se acumulam, criando barreiras complexas para indivíduos que se situam na intersecção dessas categorias.

No campo da saúde, isso se traduz em dificuldades adicionais para mulheres negras, que podem sofrer tanto com a discriminação de gênero quanto com o racismo, resultando em um acesso desigual e em cuidados de menor qualidade. Essa perspectiva é crucial para a formulação de políticas públicas que reconheçam e enfrentem as múltiplas camadas de desigualdade que afetam a vida dessas mulheres.

Segundo a autora Akotirene (2019), interseccionalidade é uma ferramenta analítica indispensável para entender como opressões, como racismo, sexismo e classismo, estão interligadas e se sobrepõem, especialmente na vida de mulheres negras. A autora destaca que essas experiências não podem ser vistas isoladamente, pois gênero, raça e classe social atuam de forma simultânea e estruturante, expressando as vivências dessas mulheres. Dessa forma, a interseccionalidade vai além de uma análise fragmentada das opressões, revelando que as mulheres negras enfrentam desafios específicos que surgem do entrecruzamento dessas múltiplas formas de discriminação, impactando suas trajetórias e acessos de maneira singular.

A interseccionalidade visa dar instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado produtores de avenidas identitárias em que mulheres negras são repetidas vezes atingidas pelo cruzamento e sobreposição de gênero, raça e classe, modernos aparatos coloniais (Akotirene, 2019, p. 14).

Akotirene (2019) destaca que ao abordar gênero, classe e raça de forma interseccional, vemos que as mulheres negras estão situadas em uma encruzilhada

onde a exploração econômica se combina com a discriminação de gênero e o racismo, intensificando as suas vulnerabilidades em contextos sociais e institucionais. Esse olhar proporciona uma análise mais completa e justa das políticas públicas e da luta por direitos, especialmente no contexto de feminismos negros e decoloniais.

Para Mello e Gonçalves (2010), a interseccionalidade nos permite analisar como as marcas que nos definem como pessoas no mundo social operam produzindo desigualdades múltiplas. As opressões decorrentes de gênero, raça e classe coexistem e se reforçam mutuamente, levando a experiências complexas de exclusão social e marginalização. A análise interseccional busca compreender essas interações e oferecer uma visão mais abrangente sobre as formas pelas quais as desigualdades afetam diferentes grupos.

De acordo com Mello e Gonçalves (2010), uma mulher negra e pobre pode enfrentar uma combinação de preconceitos ligados ao gênero, enquanto também lida com o racismo e a exclusão econômica. Essa intersecção de opressões gera uma vulnerabilidade única, que uma análise isolada de cada categoria não consegue captar de forma adequada. Políticas Públicas que não consideram essas intersecções tendem a ser ineficazes, falhando em atender às necessidades específicas de grupos marginalizados.

Mello e Gonçalves (2010), afirmam ainda que um exemplo concreto é a discriminação que lésbicas, gays, travestis e transexuais enfrentam ao buscar atendimento de saúde. Muitos/as profissionais de saúde, sem preparo para lidar com questões relacionadas à identidade de gênero e à diversidade sexual, acabam perpetuando preconceitos e exclusões. Isso reforça a urgência de adotar a interseccionalidade na criação de políticas públicas que sejam justas no atendimento às necessidades específicas desses grupos, garantindo um atendimento mais humano e respeitoso.

Neste quadro analítico, Hirata (2014) afirma que a interseccionalidade rejeita a ideia de priorizar ou separar as categorias de gênero, raça e classe, insistindo que essas relações de poder devem ser analisadas de forma conjunta. Essa abordagem é essencial para entender as desigualdades vividas por mulheres negras e trabalhadoras, que enfrentam simultaneamente o racismo, o sexismo e o classismo.

No contexto do mercado de trabalho, essas opressões se manifestam em condições mais precárias, com a maior presença de mulheres negras em empregos de baixa remuneração, posições de menor prestígio e maior risco de desemprego.

Hirata (2014), ainda destaca que a interseccionalidade mostra como gênero, raça e classe estão interligados na estruturação das opressões sociais. Essas opressões não devem ser vistas isoladamente, mas como partes de um sistema que reforça a exclusão das mulheres negras. Essas mulheres são frequentemente direcionadas para trabalhos domésticos ou de cuidado, historicamente desvalorizados.

Nesse sentido, Hirata (2014) afirma que política de igualdade de gênero, por exemplo, que não considere o racismo, pode não atender as necessidades específicas das mulheres negras, assim como uma política antirracista que ignore as determinações de classe social pode deixar de abarcar as mulheres negras pobres, que enfrentam múltiplas formas de opressão.

Dessa forma, a interseccionalidade revela a importância de considerar as múltiplas camadas de opressão que afetam simultaneamente grupos marginalizados, especialmente mulheres negras. Ao integrar gênero, raça e classe em suas análises, a interseccionalidade expõe como essas categorias operam juntas para intensificar as desigualdades sociais, econômicas e políticas.

As experiências de discriminação vividas por mulheres negras no mercado de trabalho, no acesso à saúde e em outros contextos sociais demonstram que políticas públicas isoladas, que não consideram a intersecção dessas opressões, são insuficientes para atender as suas necessidades. Portanto, é essencial que as políticas públicas e as ações afirmativas sejam desenvolvidas de forma integrada, considerando a complexidade das desigualdades que esses grupos enfrentam. Somente dessa maneira será possível assegurar um atendimento mais inclusivo, equitativo e eficaz, capaz de enfrentar as desigualdades estruturais.

2.3 A Mulher Negra e o Sistema de Saúde

2.3.1 Constituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Carvalho (2013) salienta, que o período da Ditadura Militar no Brasil (1964-1985), o sistema de saúde brasileiro foi caracterizado por uma forte privatização e pela concentração dos serviços na previdência social, deixando grande parte da população sem acesso aos cuidados necessários.

De acordo com Carvalho (2013), a partir da década de 1970, as tensões sociais e a pressão popular por meio dos movimentos sociais começaram a ganhar força, sendo fundamentais para pressionar o Estado em relação às questões de saúde como um direito humano e uma prioridade de saúde pública, lutando por melhores condições de vida os movimentos sociais começaram a impulsionar mudanças na política de saúde no Brasil.

Souto e Moreira (2021) explicam que a década de 1980 foi um período crucial para a reconfiguração do sistema de saúde. A criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)¹, em 1987, foi um passo importante na descentralização e democratização dos serviços de saúde. Logo após, com a Constituição Federal de 1988, estabeleceu-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), promulgando a saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Diante disso, Bravo (2004) afirma que a criação do SUS no Brasil foi o resultado de um longo processo histórico de desenvolvimento das políticas públicas de saúde, marcado por diversas fases de intervenção estatal, de reformas e dos movimentos sociais que lutaram pelo direito à saúde para todos/as os/as cidadãos/ãs brasileiros/as. Formalizado na Constituição Federal de 1988, o SUS foi criado, então, com a finalidade de universalizar o acesso à saúde, buscando garantir que todos/as os/as cidadãos/ãs tenham direito a um atendimento integral e justo, independentemente de sua condição socioeconômica².

Conforme Paim (2009), a criação do SUS foi fundamentada na ideia de que a saúde deve ser acessível a todos/as, como um direito fundamental: "à saúde é direito de todos e dever do Estado" (Paim, 2009, p. 43). Conforme explicitado na Constituição Federal de 1988, essa concepção rompe com modelos anteriores que vinculavam o acesso à saúde ao poder aquisitivo ou ao mérito individual.

Os princípios fundamentais SUS são a universalidade, a equidade e a integralidade. Dessa forma, o SUS não apenas prevê o acesso à saúde para todos/as,

¹ O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) foi uma política de saúde no Brasil, implementada no final dos anos 1980, que buscou descentralizar a gestão dos serviços de saúde, transferindo responsabilidades para estados e municípios. Ele também visava a unificação dos serviços de saúde e foi um precursor do Sistema Único de Saúde (SUS), enfrentando desafios como a desigualdade regional e a coordenação entre os níveis de governo (Paim, 2008, p.135).

² A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 1990, estabelece o SUS e define a saúde como um direito fundamental, enquanto a Lei nº 8.142, de 1990, complementa a Lei Orgânica de Saúde, garantindo a participação da comunidade na gestão do SUS e a descentralização dos serviços de saúde, além de regular a transferência de recursos entre os entes federativos (Brasil, 1990).

mas também busca assegurar que as políticas de saúde sejam inclusivas e contemplem as necessidades específicas de cada grupo.

Universalização. A saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.

Equidade. O objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Integralidade. Este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (Brasil, 2024).

Nessa perspectiva de universalização, o SUS também prevê a elaboração de políticas específicas que considerem as particularidades de diferentes grupos sociais, como mulheres, crianças, idosos, entre outros. Assim, o SUS não só assegura o acesso à saúde para toda a população, mas também busca garantir que as políticas de saúde sejam inclusivas, abordando as necessidades específicas de cada grupo. Essas políticas, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), emergiram a partir das lutas e pressões dos movimentos sociais.

Para compreender a relevância da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), é fundamental traçar um panorama histórico que remonta à criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983. O PAISM representou um marco nas políticas de saúde pública no Brasil, ao promover uma abordagem humanizada à saúde da mulher, indo além das práticas restritas à saúde reprodutiva (Brasil, 2004).

A necessidade de maior atenção na saúde da mulher levou a uma pressão por parte dos movimentos feministas e de saúde pública, que demandavam uma assistência mais ampla e integral à saúde das mulheres. Partindo desse ponto, o PAISM surge da pressão dos movimentos por uma atenção à saúde da mulher de forma integral abrangendo diversos aspectos, abandonando a prática de ações isoladas no planejamento familiar.

De acordo com Osis (1988)

A atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção (Osis, 1998, p. 27).

Dessa forma, o PAISM surgiu em um contexto de grande mobilização social e foi uma resposta às demandas dos movimentos sociais que buscavam uma abordagem mais ampla para a saúde feminina. O PAISM representou um marco significativo na história das políticas públicas de saúde no Brasil, pois foi uma das primeiras tentativas de promoção a um atendimento de saúde integral e universal para as mulheres, antecipando os princípios que viriam a ser formalizados com o SUS (Osis, 1998).

Essa parceria com a sociedade civil continuou a ser importante na formulação do próprio SUS como também da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que em consideração ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), teve um aspecto mais amplo e inclusivo em todas as fases da vida da mulher e em diversas questões de saúde, além da reprodutiva.

A consolidação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi marcada pelo protagonismo dos movimentos sociais, em especial o movimento feminista, que trouxe à tona a necessidade de uma política que reconhecesse as particularidades das mulheres em diferentes contextos sociais e culturais (Brasil, 2004).

Nesse contexto, Ferreira (2007) explica que o movimento feminista foi de extrema importância e um grande catalisador para a fundação do PNAISM. Desde a década de 1970, as feministas brasileiras lutam pelo reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, enfatizando a importância da autonomia das mulheres sobre seus corpos e a necessidade de políticas de saúde pública que levem em conta a especificidade de gênero, lutando para promover a ideia de que a saúde da mulher vai além da saúde reprodutiva e envolve aspectos como saúde mental, saúde sexual e combate à violência contra a mulher.

Assim, o protagonismo dos movimentos sociais possibilitou que a saúde da mulher fosse tratada como uma questão de direitos humanos, incorporando questões relacionadas à autonomia corporal, à igualdade de gênero e à diversidade buscando garantir um cuidado integral e emancipador, além de promover a organização de serviços de saúde que respeitem essas especificidades (Souto e Moreira, 2021).

Alinhada às diretrizes do SUS, a PNAISM tem como princípio fundamental o direito à saúde. Seus principais objetivos incluíram redefinir as ações de saúde da mulher como uma política de saúde, em vez de um programa, considerando que o termo política abrange um escopo mais amplo. A estratégia visou também introduzir e dar visibilidade a novas demandas de saúde das mulheres, que até então não eram contempladas nas políticas públicas. Além disso, buscou implementar ações voltadas para grupos femininos específicos, que até então não tinham destaque social. A PNAISM também estabeleceu a necessidade de definir fontes de financiamento e responsabilidades em diferentes níveis do sistema de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS e os instrumentos de gestão do Ministério da Saúde (Brasil, 2015).

Ainda para Souto e Moreira (2021), a política busca uma abordagem equitativa da saúde da mulher, reconhecendo a diversidade de suas experiências e necessidades. Ao adotar um enfoque integral, exige a construção de um sistema de saúde capaz de atender às mulheres em todas as etapas de suas vidas, sem distinção. Esse sistema deve ser organizado em redes de cuidado, garantindo o acesso a serviços de qualidade e a promoção da saúde integral.

Os principais pontos da PNAISM incluem a promoção da saúde sexual e reprodutiva, o combate à violência doméstica e sexual, a prevenção e o tratamento de doenças crônicas e não transmissíveis, como câncer ginecológico e doenças sexualmente transmissíveis, a ampliação das ações de saúde para grupos historicamente marginalizados, como mulheres negras, indígenas, e aquelas vivendo em áreas rurais. Um dos princípios centrais da política é a integralidade do cuidado, abordando a saúde da mulher de forma multidimensional e respeitando as diversidades regionais e sociais do Brasil (Brasil, 2004).

Conforme descrito no documento oficial da PNAISM,

Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (Brasil, 2004, p. 5).

Portanto, observa-se que a PNAISM visa proporcionar atenção integral à saúde da mulher, fundamentada em princípios e diretrizes específicos. A política

valoriza os princípios de humanização e qualidade como essenciais para alcançar seus objetivos. Nesse sentido

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado (Brasil, 2004, p.59).

Brasil (2004), ressalta que as experiências das mulheres ao buscar serviços de saúde revelam discriminação, frustrações e violações de direitos, gerando tensão e mal-estar psíquico-físico. Portanto, a humanização e a qualidade da atenção devem promover reconhecer e respeitar seus direitos humanos, dentro de um marco ético que assegure a saúde integral e o bem-estar das mulheres.

Além desses dois princípios, que são fundamentais e inerentes, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher também inclui várias diretrizes importantes, tais como:

- A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras).
- As políticas de saúde da mulher deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla, objetivando a criação e ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher, seja no âmbito do SUS, seja na atuação em parceria do setor Saúde com outros setores governamentais, com destaque para a segurança, a justiça, trabalho, previdência social e educação.
- A atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas.
- A atenção integral à saúde da mulher implica, para os prestadores de serviço, no estabelecimento de relações com pessoas singulares, seja por razões econômicas, culturais, religiosas, raciais, de diferentes orientações sexuais, etc. O atendimento deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais. Esse enfoque deverá ser incorporado aos processos de sensibilização e capacitação para humanização das práticas em saúde (Brasil, 2024, p.63-64).

Essas diretrizes foram formuladas para atender adequadamente às necessidades das mulheres, não apenas em momentos específicos de suas vidas, como na gravidez e no parto, mas em todas as fases da existência, reconhecendo-as

como sujeitos de direitos em uma sociedade ainda marcada pela opressão de gênero e pelo machismo.

Dessa forma, a PNAISM destina-se como ferramenta de apoio para estados e municípios na implementação de ações de saúde da mulher que garantam o respeito aos seus direitos humanos, levando em conta suas condições sociais e econômicas. Nesse contexto, reconhece-se a importância de humanizar e garantir a qualidade no atendimento à saúde das mulheres, considerando que a perspectiva de gênero exerce influência no planejamento dessas ações.

Nessa perspectiva a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) desempenha um papel crucial ao garantir que as especificidades de gênero sejam reconhecidas no SUS, entretanto, é fundamental que as políticas de saúde reconheçam também as interseccionalidades que afetam determinados grupos, como as mulheres negras, cujas vulnerabilidades são agravadas pelo racismo estrutural. Nesse sentido, no próximo ponto abordaremos sobre Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), onde a mesma complementa a PNAISM ao focar nas desigualdades raciais que impactam a saúde da população negra, buscando garantir a equidade no atendimento de saúde e combater as barreiras impostas pelo racismo institucional, oferecendo uma abordagem mais ampla e inclusiva para a saúde pública no Brasil.

2.3.2 Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi instituída em 2009 pelo Ministério da Saúde como uma resposta às desigualdades históricas e estruturais que afetam a saúde da população negra no Brasil. Essa política busca combater o racismo e suas consequências no atendimento à saúde, promovendo ações afirmativas para o reconhecimento e tratamento das necessidades específicas da população negra no Brasil (Brasil, 2010).

Instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 992, em 13 de maio de 2009, a PNSIPN, traz como objetivo principal "promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e a discriminação nas instituições e serviços do SUS" (Brasil, 2009, p. 2).

Essa política surge como resposta às demandas históricas da população negra no Brasil, afetada por um racismo estrutural que atravessa todas as esferas da

sociedade, inclusive o sistema de saúde. As disparidades no atendimento e na qualidade dos serviços prestados à população negra são reflexos dessas desigualdades, que a PNSIPN se propõe a combater (Brasil, 2009).

O desenvolvimento da PNSIPN foi resultado de um processo longo de reivindicação dos movimentos sociais negros, que desde a década de 1980 pressionavam o governo por políticas que reconhecessem as necessidades específicas da população negra. Segundo o Ministério da Saúde um marco importante nesse processo foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que consolidou a saúde como um direito universal dando destaque a necessidade de enfrentar o racismo como um dos determinantes sociais da saúde. A Conferência "constituiu um marco na luta por condições dignas de saúde para a população brasileira" e foi essencial para a criação de políticas inclusivas (Brasil, 2010, p. 09).

Essa Conferência foi um ponto de virada na busca por melhores condições de saúde para a população, ao afirmar a saúde como um direito universal e uma responsabilidade do Estado. Nessa ocasião, os movimentos negros participaram ativamente do Movimento pela Reforma Sanitária, contribuindo para a elaboração das propostas que foram encaminhadas à Assembleia Constituinte.

Como resultado, a Constituição Federal de 1988 incorporou a saúde ao sistema de seguridade social, garantindo o direito universal à saúde por meio do SUS, sem discriminação por cor, raça, religião, local de residência ou orientação sexual. Paralelamente, o movimento feminista trouxe à tona as questões específicas de saúde das mulheres negras, principalmente no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. O racismo e o sexismo criaram barreiras adicionais para essas mulheres, gerando restrições de direitos e reforçando a invisibilidade e o preconceito a que são submetidas (Brasil, 2010).

Outro evento marcante aconteceu em 1995, a Marcha Zumbi dos Palmares, onde reuniu milhares de pessoas em Brasília para reivindicar o combate ao racismo e a inclusão da população negra nas políticas públicas de saúde. A partir dessa mobilização, o governo federal criou o Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra (GTI), que incluiu um subgrupo dedicado à saúde. Entre as ações propostas pelo grupo estavam a inclusão do quesito cor nos sistemas de informação de saúde e a criação de políticas específicas para doenças como a anemia falciforme, que afeta desproporcionalmente a população negra (Brasil, 2010).

Em 2003, outro avanço importante foi a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). A Secretaria foi encarregada de promover a igualdade racial e de acompanhar as políticas de diferentes Ministérios, incluindo o da Saúde. Em 2004, o Ministério da Saúde, em parceria com a SEPPIR, instituiu o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, por meio da Portaria nº 1.678, com o objetivo de desenvolver ações voltadas para a promoção da equidade racial no SUS (Brasil, 2004).

Em 2006, após vários encontros e debates com a participação de ativistas, pesquisadores/as e gestores/as de saúde, a PNSIPN foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde. No entanto, a oficialização da política só ocorreu em 2009, com a publicação da Portaria nº 992, que estabeleceu a PNSIPN como uma Política Nacional de Saúde. Segundo a Portaria, “a política tem como objetivo promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS” (Brasil, 2009, p. 01).

Com a oficialização da PNSIPN, o racismo passou a ser tratado de forma explícita como um dos determinantes sociais da saúde. A política identifica o racismo institucional como um problema que influencia o acesso, a qualidade e o acolhimento nos serviços de saúde prestados à população negra, enfatizando a necessidade de incluir ações específicas que combatam o racismo em todos os níveis do SUS, com o objetivo de promover a equidade e reduzir as desigualdades raciais.

Conforme (Brasil, 2010)

O racismo se reafirma no dia a dia pela linguagem comum, se mantém e se alimenta pela tradição e pela cultura, influencia a vida, o funcionamento das instituições e também as relações entre as pessoas. É condição histórica e traz consigo o preconceito e a discriminação, afetando a população negra de todas as camadas sociais, residente na área urbana ou rural. De forma dupla, as mulheres negras, também vitimadas pelo machismo e pelos preconceitos de gênero, o que agrava as vulnerabilidades a que está exposto (Brasil, 2010, p.15).

Ao reconhecer o racismo como um determinante social da saúde, as diretrizes da PNSIPN promovem ações específicas para garantir equidade, fortalecendo o controle social e melhorando o acolhimento no SUS. Essas ações visam não apenas combater o preconceito, mas também eliminar as barreiras estruturais e históricas que afetam desproporcionalmente a população negra,

especialmente mulheres negras, que enfrentam uma dupla discriminação baseada em raça e gênero.

As diretrizes e objetivos da PNSIPN são fundamentais para orientar as ações e estratégias que visam à promoção da equidade no SUS. Essas instruções estabelecem princípios para a promoção da saúde integral, combatendo o racismo institucional e as desigualdades étnico-raciais. Buscam fortalecer a participação popular, garantir o acesso universal e qualificado aos serviços de saúde, além de incluir o reconhecimento do racismo como determinante social da saúde, promovendo uma gestão mais inclusiva e participativa no sistema de saúde brasileiro (Brasil, 2009).

A PNSIPN tem como objetivo central promover a saúde integral da população negra, reduzindo as desigualdades raciais e combatendo o racismo nas instituições de saúde. Para atingir esses objetivos, a política adota uma série de diretrizes e estratégias de gestão, que incluem

- 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 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 (Brasil, 2009, p.18-19).

Dentre os principais objetivos, podemos elencar

- Garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, em particular nas regiões periféricas dos grandes centros, às ações e aos serviços de saúde;
- Garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde;
- Aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS;
- Monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando à garantia dos princípios antirracistas e não discriminatórios;
- Melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia (Brasil, 2009, p. 19-20).

Desde a sua implementação, a PNSIPN tem enfrentado desafios significativos, especialmente em relação à efetiva aplicação de suas diretrizes em nível local. A implementação da política depende de um compromisso das esferas estadual e municipal do SUS, o que nem sempre ocorre de forma plena. Além disso, apesar de avanços como a inclusão do quesito cor nos sistemas de informação de saúde, a desigualdade racial no acesso aos serviços de saúde persiste. A população negra, especialmente nas áreas rurais e periféricas, continua a enfrentar barreiras significativas, seja pela localização geográfica ou pela discriminação no atendimento (Brasil, 2009).

No entanto, não se pode negar que a PNSIPN trouxe avanços importantes para a promoção da saúde da população negra. A visibilidade das desigualdades raciais em saúde, proporcionada pela coleta de dados raciais no SUS, facilitou a realização de pesquisas e a elaboração de políticas mais focadas nas necessidades dessa população. Além disso, a criação de comitês estaduais e municipais de saúde da população negra tem contribuído para a ampliação do controle social e para o fortalecimento da participação popular (Brasil, 2017).

Portanto, a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) continua a depender do comprometimento das diferentes esferas de governo e da mobilização social para garantir que a política seja efetivamente aplicada em todo o território nacional. A prática efetiva desta política, junto ao aprimoramento de uma gestão solidária e participativa, será fundamental para fortalecer e consolidar o Sistema Único de Saúde no país (Brasil, 2009).

2.4 Lutas do Movimento Negro ao Direito à Saúde

Desde a década de 1980, o Movimento Negro brasileiro tem se mobilizado intensamente pela inclusão da questão racial nas políticas públicas, especialmente na área da saúde, como observado na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

O Movimento Negro é uma organização que reúne segmentos das classes subalternas dentro da sociedade civil e desenvolve uma prática no campo da saúde. Essa prática pode ser conservadora, reproduzindo o modo como as políticas públicas abordam a saúde da população negra, ou desempenhar um papel transformador. Nesse papel transformador, o Movimento Negro contribuiu para a introdução de temas

específicos e concepções inovadoras, que vinculam as questões de saúde aos determinantes sociais e políticos que afetam especificamente essa população, como o racismo (Araújo; Teixeira, 2016).

Conforme Gohn (2011), o Movimento Negro é definido como um movimento social, que vai além de ser apenas um agrupamento de indivíduos com interesses comuns, é caracterizado pela construção de uma identidade coletiva, fundada em um princípio de solidariedade, que se desenvolve por meio das ações realizadas em um contexto de forças sociais em constante conflito.

O movimento negro ou afrodescendente, que deixou de ser predominantemente movimento de manifestações culturais para ser, sobretudo, movimento de construção de identidade e luta contra a discriminação racial (Gohn, 2011, p. 343).

Em relação ao direito à saúde, Oliveira (2001) destaca que desde a década de 1980, grupos do Movimento Negro têm atuado para institucionalizar suas demandas junto às secretarias estaduais e municipais de saúde. Esse esforço culminou em ações mais articuladas, como a criação de um Grupo de Trabalho Interministerial em 1995, em resposta às demandas da Marcha Zumbi dos Palmares Contra o Racismo, Pela Cidadania e a Vida. O Movimento Negro lutou por políticas de saúde que reconhecessem as necessidades específicas da população negra, incluindo o diagnóstico e tratamento de doenças com prevalência mais alta na população negra, como anemia falciforme e hipertensão. Um marco importante foi a implementação do Programa de Anemia Falciforme, considerado uma das maiores conquistas políticas do Movimento Negro nessa área.

O Programa de Anemia Falciforme do Ministério da Saúde – PAF/MS é uma diretriz completa para a atenção à anemia falciforme que estabelece: a oferta do diagnóstico neonatal a todas as crianças nascidas em hospitais; a busca ativa de pessoas acometidas pela doença; a promoção da entrada no programa de pessoas diagnosticadas e que venham a ser diagnosticadas; a ampliação do acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento de boa qualidade; o estímulo e o apoio às associações de falcêmicos e às instituições de pesquisa; a capacitação de recursos humanos; a implementação de ações educativas e questões referentes à bioética, tais como: o teste de anemia falciforme só será realizado após consentimento livre e esclarecido, além do que há o compromisso ético de garantir o direito à privacidade genética que inclui o direito ao sigilo e à não-discriminação (Oliveira, 2001, p.239).

Além disso, o Movimento Negro pressionou por mudanças em políticas públicas que considerassem o recorte racial em questões de saúde, como a inclusão

do quesito cor nos prontuários médicos e nas declarações de óbito, além de combater a discriminação no atendimento em saúde.

Para Oliveira (2001)

O quesito cor, ou a identificação racial, é um item importante e indispensável nos serviços de saúde, tanto no diagnóstico, quanto no prognóstico, na prevenção e no acompanhamento condigno, sobretudo das doenças atualmente consideradas raciais/étnicas. Permite fazer um diagnóstico epidemiológico da situação dos grupos raciais ou étnicos e delimitar, com maior precisão, o descaso, a omissão, a dificuldade de acesso, bem como possibilita perceber a institucionalização do racismo como prática social e políticas naturais e aceitáveis, quando qualquer um desses grupos vive sob opressão racial/étnica. O quesito cor, no caso do Brasil, é absolutamente necessário no presente, mas o seu sentido estratégico é incomensurável (Oliveira, 2001, p. 212-213).

Segundo Lima (2010), essa pressão resultou na consolidação de políticas de saúde para a população negra no Brasil, baseando-se em três perspectivas principais. A primeira é a vulnerabilidade socioeconômica, que reflete o racismo estrutural na saúde e destaca a necessidade de dados desagregados por cor para evidenciar desigualdades.

O grande desafio para alargar e adensar a percepção das desigualdades nessa área foi a produção e o acesso a dados acerca da situação da saúde dos negros, em particular da mulher negra. Portanto, era preciso disponibilizar os dados existentes desagregados por cor e introduzir esse quesito nos principais formulários de saúde pública, particularmente naqueles referentes à mortalidade e à morbidade (Lima, 2010, p.90).

A segunda perspectiva enfoca doenças mais comuns na população negra devido a fatores genéticos e socioeconômicos como desnutrição e DST/AIDS. A terceira trata do racismo institucional, abordando práticas discriminatórias nas instituições de saúde e promovendo o treinamento de agentes de saúde para combater a discriminação. Essas perspectivas resultaram em políticas como a PNSIPN.

Nesse contexto de luta por direito, o Movimento Negro desempenhou um papel de suma importância na criação do Estatuto da Igualdade Racial promulgado pela Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010, o Estatuto da Igualdade Racial representa um verdadeiro avanço na abordagem do Estado brasileiro sobre a promoção da igualdade racial (Brasil, 2015).

Com a criação do Estatuto, foi estabelecido um amplo enquadramento normativo, incluindo a definição de princípios gerais que orientam a atuação do Estado e da sociedade nessa questão. Além disso, o Estatuto criou a base legal para a

estruturação do Sistema Nacional de Promoção da Igualdade Racial (SINAPIR)³, e direcionou ações de promoção da igualdade em diversas áreas, como saúde, educação, liberdade de crença e culto, acesso à terra, habitação, entre outras (Brasil, 2015).

O Título II, capítulo I no Estatuto da Igualdade Racial, é dedicado ao direito à saúde, onde estabelece os princípios fundamentais para garantir à população negra acesso equitativo e universal aos serviços de saúde no Brasil.

Art. 6º O direito à saúde da população negra será garantido pelo poder público mediante políticas universais, sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doenças e de outros agravos.

§ 1º O acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde (SUS) para promoção, proteção e recuperação da saúde da população negra será de responsabilidade dos órgãos e instituições públicas federais, estaduais, distritais e municipais, da administração direta e indireta.

§ 2º O poder público garantirá que o segmento da população negra vinculado aos seguros privados de saúde seja tratado sem discriminação.

Art. 7º O conjunto de ações de saúde voltadas à população negra constitui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, organizada de acordo com as diretrizes abaixo especificadas:

I – ampliação e fortalecimento da participação de lideranças dos movimentos sociais em defesa da saúde da população negra nas instâncias de participação e controle social do SUS;

II – produção de conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;

III – desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação para contribuir com a redução das vulnerabilidades da população negra.

Art. 8º Constituem objetivos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra:

I – a promoção da saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnicas e o combate à discriminação nas instituições e serviços do SUS;

II – a melhoria da qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados desagregados por cor, etnia e gênero;

III – o fomento à realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra;

IV – a inclusão do conteúdo da saúde da população negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde;

V – a inclusão da temática saúde da população negra nos processos de formação política das lideranças de movimentos sociais para o exercício da participação e controle social no SUS (Brasil, 2015, p.15-16).

A saúde, como direito humano básico, é tratada sob a perspectiva da promoção da equidade racial, reconhecendo as desigualdades estruturais históricas

³ O Sistema Nacional de Promoção da Igualdade Racial (SINAPIR) é uma iniciativa criada para organizar e articular a implementação de políticas e serviços que visam superar as desigualdades étnico-raciais no Brasil. A Secretaria de Gestão do Sistema Nacional de Promoção da Igualdade Racial (SINAPIR) é a entidade responsável por coordenar o SINAPIR, garantindo que essas políticas e serviços sejam efetivamente implementados e contribuam para a promoção da igualdade racial (Brasil, 2023).

que afetam essa população. O capítulo reforça o papel do poder público em implementar políticas universais, sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e agravos, com especial atenção às especificidades da população negra.

Outra conquista de suma importância do Movimento Negro, foi a participação na Comissão Intersetorial de Políticas de Promoção da Equidade (CIPPE), criada pela Resolução nº 513 de maio de 2016. A CIPPE é uma instância no âmbito do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que visa promover políticas para grupos marginalizados e vulneráveis, como a população negra, LGBT⁴, pessoas em situação de rua, e comunidades tradicionais (Brasil, 2016).

Para Araújo e Teixeira (2016, p.192) são várias as conjunturas político-governamentais que acompanharam as ações do Movimento Negro, especialmente em relação às suas pautas de ação afirmativa e à saúde da população negra, não impediram a formulação de políticas públicas voltadas para a transformação da realidade vivida por essa população no Brasil.

Entretanto nos últimos anos, o Movimento Negro enfrentou significativos retrocessos em suas conquistas e avanços, especialmente durante os últimos governos (Jair Messias Bolsonaro e Michel Temer). A partir de 2016, houve um desmantelamento de políticas públicas voltadas para a promoção da igualdade racial e o combate ao racismo institucional, com cortes orçamentários e a desarticulação de importantes iniciativas, como a PNSIPN. A falta de diálogo com os movimentos sociais e a negação de questões raciais por parte do governo resultaram em um ambiente de intensificação da vulnerabilidade para a população negra.

No entanto, com o governo atual de Luiz Inácio Lula da Silva, há uma tentativa de retomar o protagonismo das pautas raciais, com a reabertura do Comitê Técnico Interministerial de Saúde da População Negra e o compromisso de promover a equidade racial na saúde, buscando resgatar as conquistas do passado e implementar políticas públicas que garantam direitos e o enfrentamento das desigualdades históricas que a população negra continua a enfrentar (Brasil, 2024).

⁴ Em 2016, a sigla LGBT já era amplamente utilizada para representar Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros. Essa sigla incluía as principais identidades sexuais e de gênero mais visíveis e organizadas da época. Embora tenha sido crucial para a organização e visibilidade dessas comunidades nos últimos anos, a sigla vem sendo gradualmente substituída por formas mais inclusivas, como LGBTQIAPN+. A nova sigla incorpora letras adicionais para representar outras identidades e orientações, refletindo uma abordagem mais inclusiva. Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, queer, intersexo, assexuais, pansexuais, não-binário, a SIGLA + é uma forma de reconhecer todas as outras identidades e orientações que não estão explicitamente representadas nas letras anteriores (G1, 2024).

Entre os avanços, está o compromisso do governo atual em criar uma agenda de ações interministeriais para combater o racismo institucional na saúde e promover a equidade racial. A participação de mais de quarenta entidades do Movimento Negro nesse processo garante que as políticas públicas sejam discutidas e aprimoradas com base na realidade vivida por essas comunidades.

Dentre as ações e conquistas do Movimento Negro, a Lei nº 14.759 de 21 de dezembro de 2023 declara o dia vinte de novembro como feriado nacional em celebração ao Dia Nacional de Zumbi e da Consciência Negra. Esta data já era reconhecida anteriormente em vários estados e municípios do Brasil, mas agora é oficialmente um feriado em todo o território nacional. A lei foi sancionada pelo atual Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, e tem como objetivo promover a reflexão sobre a história de resistência do povo negro no Brasil, especialmente em relação à escravidão e ao racismo ainda presente no país (Brasil, 2024).

Assim, o Movimento Negro, apesar dos inúmeros desafios enfrentados ao longo dos anos, tem se mostrado resiliente na luta por justiça e equidade, especialmente no campo da saúde pública. As conjunturas político-governamentais adversas, não foram suficientes para impedir a mobilização em prol da promoção da igualdade racial e do combate ao racismo institucional. Com a recente retomada das pautas raciais pelo governo atual, há uma esperança renovada na construção de um futuro mais justo, onde a saúde da população negra seja tratada com prioridade.

A participação ativa do Movimento Negro nesse processo, aliada à aprovação de legislações, compõe a importância de uma agenda que reconheça e enfrente as desigualdades históricas vividas pela população negra no Brasil, enfatizando assim, o compromisso com a equidade racial na saúde pública beneficiando não somente as comunidades negras, mas também contribuindo para a construção de uma sociedade mais igualitária e justa.

2.5 Racismo Institucional e Saúde

O racismo institucional é uma forma de discriminação profundamente enraizada nas estruturas das instituições, tanto públicas quanto privadas. Ele ocorre quando essas organizações falham em oferecer serviços justos e adequados a pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica. Diferente de outras formas de preconceito, o racismo institucional se manifesta nas políticas e práticas cotidianas

de forma impessoal e coletiva, o que o torna mais difícil de perceber, mas extremamente eficiente em manter desigualdades e excluir certos grupos sociais (Almeida, 2019).

Manifestando-se de várias maneiras, como políticas discriminatórias, práticas institucionais, normas sociais e comportamentos individuais, o racismo afeta todas as áreas incluindo o acesso a serviços de saúde. Essas estruturas e práticas discriminatórias perpetuam a desigualdade e dificultam a mobilidade social para grupos raciais minoritários.

Para Almeida (2019), o racismo institucional acontece quando as ações de uma organização, mesmo que não sejam intencionais, prejudicam de forma desigual determinados grupos. Não é só através de atitudes claramente discriminatórias que isso se revela, mas também na falta de diversidade dentro da própria instituição. Quando vemos equipes de profissionais e líderes que não refletem a diversidade da sociedade, isso já é um sinal de que as necessidades de certos grupos, como a população negra, podem estar sendo negligenciadas ou tratadas de maneira desigual.

O racismo não se resume a comportamentos individuais, mas é tratado como o resultado do funcionamento das instituições, que passam a atuar em uma dinâmica que confere, ainda que indiretamente, desvantagens e privilégios com base na raça. Antes de entrarmos na expressão institucional do racismo, vamos entender um pouco mais o que são instituições (Almeida, 2019, p. 25).

Nesse sentido, Almeida (2019) destaca que o racismo institucional ocorre porque os conflitos raciais estão profundamente enraizados nas estruturas das instituições. A desigualdade racial não se manifesta apenas por atos isolados de indivíduos ou grupos racistas, mas, sobretudo, porque as instituições são controladas por determinados grupos raciais que utilizam esses espaços para promover seus interesses políticos e econômicos.

Nessa perspectiva, Almeida (2019, p. 37) afirma que “o que se pode verificar até então é que a concepção institucional do racismo trata o poder como elemento central da relação racial”. Sendo assim, essa dominação ocorre por meio de parâmetros discriminatórios baseados na raça, que asseguram a hegemonia do grupo racial dominante. O controle de homens brancos sobre instituições públicas, como o legislativo, judiciário e reitorias de universidades, bem como sobre empresas privadas, depende da existência de regras que dificultam a ascensão de negros e mulheres. Além disso, a falta de discussões sobre desigualdade racial e de gênero contribui para naturalizar e reforçar essa hegemonia em espaços de poder.

De acordo com o Instituto da Mulher Negra (Geledés) e o Centro Feminista de Estudos e Assessoria (Cfemea), o racismo institucional no sistema de saúde não é diferente das outras instituições, sendo um fenômeno profundamente arraigado, que afeta o acesso e a qualidade dos serviços prestados à população negra.

Nessa perspectiva, Geledés e Cfemea (2012) afirmam que o racismo institucional se manifesta na falha coletiva de uma organização em oferecer serviços apropriados a indivíduos por causa de sua cor, cultura ou origem étnica. Essa dinâmica é estrutural e está inserida nas práticas e políticas das instituições de saúde, operando de forma, muitas vezes, invisível, mas altamente eficaz, na exclusão da população negra do pleno acesso aos cuidados de saúde.

O racismo institucional é um dos modos de operacionalização do racismo patriarcal heteronormativo - é o modo organizacional - para atingir coletividades a partir da priorização ativa dos interesses dos mais claros, patrocinando também a negligência e a deslegitimação das necessidades dos mais escuros. E mais, como vimos acima, restringindo especialmente e de forma ativa as opções e oportunidades das mulheres negras no exercício de seus direitos (Geledés; Cfemea, 2012, p.17).

Diante disso, Geledés e Cfemea (2012) afirmam que o impacto do racismo institucional no sistema de saúde reflete nas desigualdades vivenciadas pela população negra em diversos níveis, são mantidas por barreiras que limitam o acesso a serviços de saúde adequados. Essas barreiras podem ser percebidas na falta de atendimento especializado para as necessidades da população negra, como no caso de doenças predominantes nesse grupo, ou na falta de profissionais de saúde capacitados para lidar com questões raciais.

Ainda para Geledés e Cfemea (2012), a ausência de políticas efetivas voltadas para a equidade racial no sistema de saúde é uma forma explícita de racismo, onde, muitas vezes, as instituições de saúde perpetuam uma lógica de privilegiamento de certos grupos em detrimento de outros, reforçando as desigualdades raciais. A falta de investimento em programas de promoção da saúde para a população negra e o despreparo dos/as profissionais em reconhecer e lidar com essas desigualdades contribuem para a manutenção desse ciclo.

Werneck (2016), também enfatiza que, o racismo institucional se manifesta quando as instituições falham coletivamente em prover um atendimento adequado e equitativo, resultando na exclusão e no tratamento desigual de certos grupos raciais, como é o caso da população negra. Mesmo sem a intenção explícita de discriminar,

as práticas, políticas e normas dessas instituições acabam operando de forma pessoal e estrutural, contribuindo para a manutenção das disparidades.

A saúde da população negra, em especial das mulheres negras, é uma área negligenciada nas ciências da saúde. Como destaca Werneck (2016), a produção de conhecimento científico sobre esse tema é escassa, e o assunto não é abordado de maneira adequada nos currículos de graduação e pós-graduação em saúde. Essa lacuna de conhecimento e de capacitação contribui para que os/as profissionais de saúde não estejam preparados para lidar com as especificidades da saúde da população negra, o que reforça o racismo institucional.

Conforme Kalckmann *et al* (2007), o racismo institucional na saúde afeta diretamente as populações negras e indígenas. Doenças mais comuns nesses grupos são pouco reconhecidas, e o tema racial não é tratado adequadamente na formação dos/as profissionais. Além disso, essas populações enfrentam mais dificuldades para acessar serviços de saúde e recebem atendimento de menor qualidade, o que causa grandes diferenças nos índices de adoecimento e morte entre brancos/as e negros/as. O racismo também dificulta o diálogo com os serviços de saúde, prejudica a autoestima e afeta principalmente a saúde mental dessas pessoas.

Kalckmann *et al* (2007) afirma que

Um dos princípios básicos do SUS é a equidade, ou seja, os serviços de saúde devem oferecer tratamentos diferenciados e específicos para os desiguais, visando reduzir diferenças de vulnerabilidade das populações. No caso da população negra, que é mais vulnerável a várias patologias pelo processo histórico de exclusão social, econômica, política e cultural a que foi submetida, cabe aos serviços de saúde garantir atendimentos adequados, que reduziram essa vulnerabilidade. No entanto, verificou-se que os serviços de saúde, por meio de seus profissionais, aumentam a vulnerabilidade destes grupos populacionais, ampliando barreiras ao acesso, diminuindo a possibilidade de diálogo e provocando o afastamento de usuários (Kalckmann *et al*, 2007, p. 153).

Apesar do princípio de equidade ser um pilar fundamental do SUS, ele ainda não se concretiza de maneira efetiva para a população negra. A vulnerabilidade dessa população, historicamente marginalizada, deveria ser combatida por meio de ações que garantam um atendimento mais inclusivo e diferenciado.

Werneck, Batista e Lopes (2012) explicitam a importância da coleta de dados raciais nos sistemas de informação em saúde. A inclusão do quesito raça/cor nos formulários de saúde foi um passo importante, mas sua aplicação ainda é inconsistente. A falha em coletar e analisar esses dados de forma adequada impede

a criação de políticas públicas eficazes que possam reduzir as desigualdades raciais. E ressalta também a necessidade de formação contínua dos/as profissionais de saúde para lidar com as especificidades da saúde da população negra, o que é essencial para enfrentar o racismo institucional e promover a equidade na saúde.

De acordo com o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), a obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça/cor nos Sistemas de Informação de Saúde (SIS) foi implementada em 2017, marcando um passo significativo na coleta de dados que refletem as desigualdades raciais no Brasil. No entanto, mesmo com essa exigência, ainda existem muitos registros que indicam o “domínio noventa e nove” (sem informação), resultando em um volume considerável de dados incompletos e imprecisos.

Pesquisadores/as do IEPS salientam que melhorar a qualidade dos registros de raça/cor no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) é essencial para avaliar as desigualdades raciais na saúde e para garantir a eficácia das ações da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. A inclusão desse quesito é fundamental para que o governo possa desenvolver e implementar políticas baseadas em dados e evidências científicas. Eles enfatizam que esse é um passo crucial para a formulação de políticas transversais que visem melhorar as condições de saúde da população negra e reduzir as desigualdades raciais. Assim, tornar essas desigualdades visíveis é o primeiro passo para enfrentá-las e promover a equidade na saúde.

Dessa forma, o racismo institucional no sistema de saúde brasileiro é um problema profundo que afeta o acesso e a qualidade dos serviços para a população negra. Apesar de avanços como o preenchimento obrigatório do quesito raça/cor e a criação de políticas como a PNSIPN, ainda existem grandes lacunas em sua implementação. A falta de dados precisos, o despreparo dos/as profissionais e a ausência de políticas inclusivas perpetuam as desigualdades. Para superar esse desafio, é essencial que as instituições adotem medidas concretas, monitoramento constante e formação adequada dos/as profissionais para garantir um sistema de saúde mais equitativo e justo.

3 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE DA MULHER NEGRA

Nesta seção, apresentar-se-á a contribuição do Serviço Social, enquanto profissão, na promoção da saúde da mulher negra, focando no enfrentamento das desigualdades e na garantia de direitos. A discussão de forma breve, contextualizará a trajetória do Serviço Social no âmbito da Política de Saúde no Brasil, destacando a relação entre a profissão e as demandas específicas das mulheres negras. Além disso, apresentar-se-á as condições de saúde, através de dados, ao nível nacional e estadual, ressaltando os desafios impostos pelo racismo institucional.

3.1 Breve Histórico sobre o Serviço Social na Política de Saúde

O Serviço Social no Brasil começou a consolidar-se no campo da saúde ainda na primeira metade do século XX, a partir da década de 1930. Segundo Iamamoto e Carvalho (1982), inicialmente a profissão estava voltada para ações filantrópicas e assistencialistas, em um contexto de forte influência da Igreja Católica e do Estado. Os/as assistentes sociais nesse período, atuavam em hospitais e instituições de caridade, direcionando suas atividades para o atendimento de necessidades imediatas dos indivíduos, sem uma estruturação sistemática de políticas de saúde.

Para Iamamoto e Carvalho (1982, p.127)

O Serviço Social surge da iniciativa particular de grupos e frações de classe, que se manifestam, principalmente por intermédio da Igreja Católica. Possui em seu início uma base social bem delimitada e fontes de recrutamento e formação de agentes sociais informados por uma ideologia igualmente determinada. A especificidade maior que reveste o Serviço Social desde a sua implantação não está, no entanto, no âmbito das características que mais evidentemente o marcam. Historicamente, se localiza na demanda social que legitima o empreendimento (Iamamoto; Carvalho 1982, p. 127).

De acordo com Bravo (2004), na década de 1930, com o avanço do processo de industrialização e urbanização, o Estado brasileiro começou a intervir de forma mais direta na saúde, criando políticas nacionais voltadas ao atendimento dos/as trabalhadores/as urbanos/as e à melhoria das condições de vida nas cidades. Nesse contexto foram instituídas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923, com a instituição da Lei Eloy Chaves pelo Decreto nº 4.682 de 2023, e posteriormente, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que tinham como objetivo garantir benefícios de assistência médica e previdenciária aos/às trabalhadores/as formais. O

Serviço Social começou a ser integrado nessas estruturas, com assistentes sociais trabalhando em hospitais e instituições de previdência social.

Bravo (2004) explica que na década de 1940, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em cooperação com a Fundação Rockefeller, o Serviço Social se fortaleceu e expandiu suas atividades no setor de saúde. Durante esse período, os/as assistentes sociais foram alocados/as em programas de saúde pública, dedicando-se tanto ao atendimento de saúde individual quanto ao apoio em campanhas sanitárias e de prevenção de doenças.

Conforme Bravo e Matos (2006), o conceito de saúde formulado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, motivado pelo agravamento das condições de saúde da população, gerou uma demanda crescente pela atuação do/da assistente social, que passou a ser requisitado/a para desenvolver um trabalho especializado para prática educativa com intervenção normativa no modo de vida da “clientela”, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações na política de saúde.

Além das condições gerais que determinaram a ampliação profissional nesta conjuntura, o “novo” conceito de Saúde, elaborado em 1948, enfocando os aspectos biopsicossociais, determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o assistente social. Este conceito surge de organismos internacionais, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente dos países periféricos, e teve diversos desdobramentos. Um deles foi a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar – solução racionalizadora encontrada – que permitiu: suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em Saúde, introduzindo conteúdos preventivistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social (Bravo; Matos, 2006, p. 28-29).

Diante disso, os autores expõem que com o fim da Segunda Guerra Mundial em 1945, há um cenário internacional que promove o fortalecimento de políticas de bem-estar social, promovendo a reconstrução dos países e melhora a qualidade de vida da população. Nesse contexto, se expande a atuação dos/as assistentes sociais na área da saúde, uma vez que surgem novas necessidades como a assistência a grupos vulneráveis e o combate às desigualdades sociais. A profissão começa a se consolidar como mediadora entre o Estado e a população auxiliando no acesso aos serviços de saúde.

Nessa perspectiva Bravo e Matos (2006), apontam que durante o regime militar instaurado em 1964, o modelo de saúde no Brasil passou a privilegiar o setor privado,

favorecendo as instituições com fins lucrativos em detrimento do atendimento público. Nessa perspectiva, os/as assistentes sociais tornam-se cada vez mais dependentes a operar em um sistema centrado na assistência médica curativa e individual, com abordagem no controle social e na manutenção da ordem, devido ao contexto repressivo. Com a unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, o atendimento previdenciário foi centralizado, diminuindo a autonomia do trabalho do/a assistente social.

Esse cenário impulsionou reflexões internas na categoria sobre a profissão de Serviço Social, culminando no Movimento de Reconceituação. A partir desse movimento, surgiram críticas ao Serviço Social tradicional, que, ao se adequar às demandas do sistema capitalista, acabava por reforçar as estruturas de exploração.

Netto (2009) explica que o Movimento de Reconceituação expressou a crítica ao Serviço Social tradicional, trazendo questionamentos sobre o papel da profissão frente às expressões da questão social. O autor salienta que a categoria profissional do Serviço Social inicia um processo de autocrítica e de busca para ruptura com o conservadorismo profissional.

No período de 1960-1980, segundo Netto (2009) ocorreu o Processo de Renovação do Serviço Social que se constituiu em três momentos históricos, os quais o autor denominou de direções: Modernização Conservadora, Reatualização do Conservadorismo e Intenção de Ruptura

De acordo com Netto (2009) e Bravo (2006), o ápice dessa fase ocorreu no III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), conhecido como Congresso da Virada, em 1979, onde a categoria profissional adotou a teoria social crítica e iniciou um novo projeto profissional comprometido com a defesa dos direitos da classe trabalhadora.

A vista disso, Bravo (2006) explica que

A modernização conservadora, entretanto...exigia a renovação do Serviço Social para o atendimento das novas demandas colocadas e submetidas à racionalidade burocrática das reformas promovidas pelo Estado autoritário, havendo necessidade de mecanismos impulsionadores e organizadores da reflexão profissional. No período de 1965 a 1975, esse impulso foi monopolizado por uma instituição extrauniversitária, o CBSSIS, que se constituiu no principal veículo responsável pela produção e reprodução teórica do Serviço Social, com a realização de seminários e publicações como os de Araxá (1967) e Teresópolis (1971). O seminário de Araxá se caracterizou como um marco diferenciador do Serviço Social brasileiro no âmbito do movimento de reconceituação latino-americano (Bravo, 2006, p.89).

Assim, a partir da década de 1980, o Serviço Social no Brasil passa por um período de intensa mobilização política e transformação teórica. O contexto da época foi marcado pela crise econômica e pelo desgaste da ditadura militar, o que gerou um ambiente propício para o fortalecimento de movimentos sociais e debates em torno das políticas públicas, especialmente na área da saúde. (Bravo; Matos, 2006),

Bravo e Matos (2006) também expõem que juntamente a outros movimentos sociais, o Movimento da Reforma Sanitária ganhou destaque importante na luta pela reformulação do sistema de saúde.

Nessa conjuntura há um movimento significativo na saúde coletiva, que também ocorre no Serviço Social, de ampliação do debate teórico e a incorporação de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo (Bravo; Matos, 2006, p. 6).

As discussões culminaram na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que trouxeram propostas significativas para a consolidação de um sistema de saúde público, universal e integral. Esta Conferência foi presidida pelo sanitarista Sérgio Arouca, um dos líderes do Movimento da Reforma Sanitária. O evento reuniu pela primeira vez mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil. Nos dias em que ocorreram os debates foram discutidos, entre outros pontos, um novo modelo de saúde para o Brasil. O relatório final indicava as diretrizes para a construção de um sistema universal.

Trechos da palestra do Sergio Arouca

"É preciso uma reforma sanitária profunda em que seja garantido à população um serviço descentralizado (mais próximo das necessidades de cada um), universal (com acesso a todos os brasileiros), integral (em que todo o ciclo de vida seja beneficiado) e com controle social (a fiscalização do atendimento deve ser feita pela própria sociedade)."

"A saúde enquanto projeto pode ser demarcada antes e depois da Oitava, onde novamente discutimos o valor da participação da população, o valor do controle social, o valor da democracia direta e da luta pela redemocratização do País."

"A batalha sanitária é uma questão suprapartidária, nenhuma pessoa, instituição, partido, agrupamento, categoria ou entidade enfrenta sozinha essa luta."

"Saúde não é simplesmente ausência de doenças, é muito mais que isso. É bem-estar mental, social, político. As sociedades criam ciclos que, ou são ciclos de miséria, ou são ciclos de desenvolvimento..."

"Saúde é o resultado do desenvolvimento econômico-social justo". (CCMS, s.d.)

O Movimento da Reforma Sanitária influenciou diretamente em artigos da Constituição Federal de 1988, que incorporou a saúde como um direito de todos/as e um dever do Estado, estabelecendo o SUS.

Importante salientar que o Movimento da Reforma Sanitária se caracterizou por um movimento social organizado que tinha como propostas:

A universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (Bravo, 2006, p.9).

Bravo e Matos (2006) apontam que o SUS foi concebido com base em princípios como universalidade, equidade e integralidade, marcando uma ruptura com o modelo anterior, que privilegiava a assistência médica centrada em hospitais e voltada para quem podia pagar. A partir da Constituição de 1988, a saúde foi integrada à Seguridade Social, junto com a Assistência Social e a Previdência Social, consolidando um modelo de proteção social mais amplo.

Os autores ainda explicam que a partir da década de 1980, o Serviço Social passou por uma transformação que o consolidou como uma profissão qualificada e crítica, alinhada aos princípios do Movimento da Reforma Sanitária. Buscando romper com práticas conservadoras, o/a assistente social assumiu a intenção de construção de um papel interdisciplinar, defendendo a universalização e a integralidade do cuidado. Com a aproximação da base teórica crítica, referenciada pelo marxismo, os/as profissionais se tornaram essenciais na composição das equipes de trabalho que lutavam pelos direitos dos/as usuários/as na busca por mudanças nas condições sociais que impactavam a saúde.

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (Bravo; Matos, 2006, p. 10).

Nesta trajetória, Guerra (2007) analisa que o/a assistente social na área da saúde desempenha um papel essencial na análise e no debate sobre as condições sociais vivenciadas pelos/as usuários/as. Atuando em parceria com uma equipe multidisciplinar, seu principal objetivo é lutar pelos direitos e o acesso aos serviços de saúde para todos/as que deles necessitem.

Para o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), as principais ações a serem realizadas pelo/a profissional na área da saúde são

- Democratizar as informações por meio de facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
- Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;
- Fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
- Buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços e emitir manifestação técnica em matéria de Serviço Social, em pareceres individuais ou conjuntos (CFESS, 2010, p. 45).

Nesta mesma esteira, o Código de Ética do Serviço Social, revisado e aprovado em 1993, orienta e oferece uma direção ao exercício profissional, representando um horizonte ético a ser seguido. O principal desafio, no entanto, é concretizar esses princípios éticos e políticos no exercício cotidiano.

De acordo com Iamamoto (2000), são fundamentais para sustentar os/as profissionais no enfrentamento dos desafios diários, proporcionando uma base sólida para uma atuação comprometida com os valores da profissão.

Ainda que dispondo de autonomia ética e técnica no exercício de suas funções - resguardadas inclusive pelo Código, de Ética e pela regulamentação legal da profissão -, o assistente social é chamado a desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, organizado dentro de condições sociais dadas, cujo produto, em suas dimensões materiais e sociais, é fruto do trabalho combinado ou cooperativo, que se forja com o contributo específico das diversas especializações do trabalho. Na área da saúde, por exemplo, o assistente social participa, ao lado de vários outros profissionais - nutricionistas, enfermeiros, médicos, psicólogos, etc. -, na consecução das metas previstas em um projeto (Iamamoto, 2000, p. 108).

Guerra (2007) destaca ainda que, orientado/a por um projeto profissional crítico, o/a assistente social possui as condições necessárias para exercer uma intervenção de qualidade, com competência e compromisso. Essa perspectiva crítica permite ao/a profissional não apenas atender às demandas imediatas, mas também

questionar e transformar as estruturas que geram desigualdades, promovendo uma atuação que é, ao mesmo tempo, técnica e socialmente engajada.

O exercício profissional orientado por um projeto profissional que contenha valores universalistas, baseado no humanismo concreto, numa concepção de homem enquanto sujeito autônomo, orientado por uma teoria que vise apreender os fundamentos dos processos sociais e iluminar as finalidades, faculta aos assistentes sociais a consciência de pertencer ao gênero e lhe permite desenvolver escolhas capazes de desencadear ações profissionais motivadas por compromissos sociocêntricos que transcendem a mera necessidade pessoal e profissional (Guerra, 2007, p.15).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), na Resolução nº 218, de 6 de março de 1997, afirma o/a assistente social, como uma/a profissional de saúde e delega aos Conselhos de categorias profissionais a responsabilidade de caracterizar essa função. Embora o Serviço Social não seja exclusivo da área da saúde, a formação qualificada do/a assistente social permite sua atuação competente em diversas políticas sociais, incluindo o setor de saúde.

Considerando que o reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior constitui um avanço no que tange à concepção de saúde e à integralidade da atenção, resolve:

I – Reconhecer como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias:

1. Assistentes Sociais
2. Biólogos;
3. Profissionais de Educação Física;
4. Enfermeiros;
5. Farmacêuticos;
6. Fisioterapeutas;
7. Fonoaudiólogos;
8. Médicos;
9. Médicos Veterinários;
10. Nutricionistas;
11. Odontólogos;
12. Psicólogos; e
13. Terapeutas Ocupacionais (Brasil, 1997).

O/a profissional de Serviço Social é capacitado/a para lidar com as complexas dimensões da questão social, contribuindo para a efetivação de direitos e a promoção de equidade, com foco na integralidade do cuidado e na justiça social.

Para o CFESS (2011), o Serviço Social na Política de Saúde, é orientado pela defesa dos direitos e pelo compromisso ético com a população usuária. A atuação dos/as assistentes sociais nesse campo inclui a promoção da integralidade do cuidado, a intersetorialidade das políticas e a participação social, conforme diretrizes do SUS.

Considerando que, para a consolidação dos princípios e objetivos do Sistema Único de Saúde, é imprescindível a efetivação do Controle Social e o Assistente Social, com base no seu compromisso ético-político, tem focalizado suas atividades para uma ação técnico-política que contribua para viabilizar a participação popular, a democratização das instituições, o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e a ampliação dos direitos sociais (CFESS, 2011, p.185).

Sob as diretrizes estabelecidas no documento Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2010),⁵ os/as assistentes sociais trabalham em quatro eixos principais: atendimento direto aos/as usuários/as (que envolve ações socioassistenciais; articulação com a equipe de saúde e ações socioeducativas), mobilização e controle social; investigação e planejamento; além de assessoria e formação profissional.

Conforme o CFESS (2010, p.70), a atuação do/a assistente social na saúde é guiada pelo compromisso ético-político de enfrentar as desigualdades sociais e promover a democratização do acesso aos serviços de saúde. “A ação profissional, portanto, contém os fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos construídos pela profissão em determinado momento histórico e os procedimentos técnico-operativos”. O Serviço Social na saúde busca, assim, ampliar os direitos sociais e fortalecer os conselhos de saúde, de modo a integrar a participação popular e a responsabilidade social nos processos de cuidado e atendimento, além de atuar diretamente nas condições sociais que impactam a saúde da população.

A legislação, incluindo a Lei n.º 8.662 de 7 de junho de 1993, que Regulamenta a Profissão de Serviço Social, destaca a importância do/a profissional no planejamento e implementação de políticas sociais e no fortalecimento dos princípios do SUS. Além disso, a Resolução CFESS n.º 383/1999 caracteriza o/a assistente social como profissional da saúde, enfatizando seu papel na defesa dos direitos e no controle social, elementos fundamentais para a consolidação de uma prática que visa a promoção da saúde como direito universal.

Em vista disso, o Serviço Social na política de saúde brasileira consolidou-se como uma profissão comprometida com a garantia de direitos e a defesa dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, estabelecidos pelo SUS.

⁵ O documento intitulado "Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde" são orientações e referências elaboradas pelo CFESS, para nortear o trabalho de assistentes sociais na área da saúde. Eles visam qualificar e consolidar a atuação desses profissionais no contexto do SUS, promovendo uma prática alinhada aos princípios ético-políticos da profissão e às demandas da população usuária dos serviços de saúde (CFESS, 2010).

Guiado por normativas, o/a assistente social exerce um trabalho fundamental na democratização do acesso à saúde e na efetivação do controle social, especialmente sobre a participação popular no fortalecimento dos Conselhos de Saúde. A atuação profissional no campo da saúde não apenas atende às demandas imediatas dos/as usuários/as, mas também contribui para o desenvolvimento de políticas públicas que visam transformar as condições de vida da população, reiterando o compromisso ético do Serviço Social com a cidadania e os direitos humanos.

3.2 Serviço Social e Saúde da Mulher Negra

A saúde da mulher negra no Brasil está diretamente vinculada às intersecções entre raça, gênero e classe social, fatores que determinam condições de vida marcadas por vulnerabilidades sociais e discriminações estruturais. De acordo com Ribeiro (2018), historicamente, a população negra, especialmente as mulheres, foram submetidas a um sistema de opressão que reflete nas desigualdades enfrentadas até hoje no acesso aos serviços de saúde.

Segundo Ribeiro (2018, p. 123), “raça, classe e gênero não podem ser categorias pensadas de forma isolada, porque são indissociáveis”, sendo indispensável considerar esses elementos ao abordar as condições de saúde das mulheres.

Werneck (2016) explica que no caso das mulheres negras, a situação se agrava pela intersecção entre sexismo e racismo, fatores que as tornam mais vulneráveis socialmente. Essas mulheres enfrentam barreiras significativas para acessar serviços de saúde, muitas vezes por conta de desigualdades educacionais, econômicas e discriminações diversas. Isso dificulta o acompanhamento adequado por parte dos/as profissionais de saúde, que, frequentemente, não conseguem atender às necessidades específicas dessa população, agravando sua invisibilidade e precarizando os indicadores de assistência à saúde.

De acordo com Brasil (2017), a saúde da mulher negra no Brasil ocupa uma posição central nas discussões sobre equidade e justiça social, especialmente no âmbito do SUS. A PNSIPN aponta o racismo estrutural como um determinante social que impacta profundamente os indicadores de saúde. “As mulheres negras, em uma sociedade racista e sexista, são colocadas em situação de desvantagem ou negação no acesso aos serviços de saúde, assim como no alcance do atendimento à saúde

integral” (Heringer, 2021, p.124). Além disso, as mulheres negras enfrentam desafios como taxas elevadas de mortalidade materna e dificuldades no acesso aos serviços de saúde.

Embora avanços tenham sido alcançados, como a criação da PNSIPN, em 2009, e da PNAISM em 2004, ainda há lacunas significativas na implementação dessas iniciativas. Ambas as políticas têm o objetivo de enfrentar as vulnerabilidades históricas da população negra e melhorar a saúde das mulheres, mas sua efetividade é limitada diante das barreiras institucionais e culturais ainda existentes.

A Política Nacional de Saúde (PNS) estimou que 60% das mulheres brasileiras, de 50 a 69 anos de idade, realizaram exame de mamografia nos últimos dois anos anteriores à pesquisa. Esse cuidado com a saúde foi mais observado entre as mulheres brancas (66,2%) e com ensino superior completo (80,9%). As menores proporções foram observadas entre as mulheres pretas (54,2%), pardas (52,9%) e sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (50,9%). Também há diferenças com relação ao número de consultas pré-natal. A proporção de mães negras com no mínimo 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. Nos três primeiros meses de gestação, realizaram a primeira consulta 85% das gestantes brancas, 73% das negras e 53% das indígenas (Brasil, 2017, p. 15).

Nessa perspectiva, dentre outras atribuições, a atuação do/a assistente social deve se pautar pela denúncia do racismo institucional, que se expressa, por exemplo, na desumanização do atendimento às mulheres negras, e pela defesa da autonomia reprodutiva, muitas vezes negada a essa população. É fundamental que o Serviço Social contribua para a implementação efetiva de políticas, que visam combater as iniquidades na saúde, e que busca assegurar os direitos reprodutivos e a saúde integral das mulheres negras.

Para Heringer (2021), a história socioeconômica brasileira é marcada por um contexto de racismo estrutural e patriarcado, que desde o período colonial subjugou e controlou os corpos das mulheres negras. Esse controle se perpetua na contemporaneidade, sendo evidenciado em práticas como a violência obstétrica, a negligência no atendimento e a exclusão dessa população de políticas públicas eficazes. O Serviço Social, como campo comprometido com os direitos humanos e sociais, tem um papel central no enfrentamento dessas desigualdades.

A autora destaca que

A relação da saúde reprodutiva com o feminismo negro, entendendo que para as ativistas negras era e é fundamental a inclusão no campo da saúde

reprodutiva da categoria raça para identificar e romper com as iniquidades na saúde e com o racismo institucional e estrutural que atingem as mulheres negras. Lembramos, ainda, que no contexto atual de pandemia, ocasionada pela covid-19 e também com a política racista e sexista do governo federal, é evidente um desmonte das políticas públicas brasileiras. Há uma interrupção ou diminuição dos serviços de saúde sexual e reprodutiva, que são considerados essenciais neste atual contexto de crise sanitária. Isso tudo tem impactos agravados às mulheres negras que, majoritariamente, dependem das políticas sociais públicas para cuidar de sua saúde (Heringer, 2021, p.136-137).

Nessa perspectiva o Serviço Social desempenha papel fundamental na promoção da equidade em saúde, especialmente no contexto da saúde da mulher negra no Brasil.

Rocha (2014), explicita também que o/a assistente social é convocado a atuar de maneira responsável e qualificada no combate ao racismo e às opressões de gênero. Isso exige uma revisão constante na formação acadêmica para garantir que a temática racial seja tratada de maneira aprofundada e interdisciplinar, preparando profissionais para identificar e enfrentar manifestações de racismo institucional.

Nesse sentido, Iamamoto (2008) destaca que o Serviço Social deve formar profissionais para contribuir e lutar no acesso aos direitos, sendo essencial o combate ao racismo institucional que limita o acesso das mulheres negras aos serviços de saúde. Diante desse cenário, o/a assistente social tem o papel de contribuir e participar na implementação de políticas públicas, como a PNSIPN e a PNAISM, considerando as vulnerabilidades históricas e sociais dessa população.

Além disso, é essencial que haja um trabalho na dimensão da práxis⁶, incorporando o enfrentamento ao racismo estrutural como parte fundamental das intervenções nos diferentes campos de atuação, nas políticas públicas, de saúde, assistência social e educação.

A saúde da mulher negra no Brasil é atravessada por desigualdades históricas e estruturais que revelam o impacto do racismo, do sexismo e das iniquidades sociais em suas condições de vida e acesso aos serviços de saúde. Nesse contexto, o Serviço Social assume um papel estratégico na luta pela equidade, para enfrentar o racismo institucional e estrutural que permeiam o sistema de saúde.

⁶ A práxis é entendida como uma atividade prática humana, a um só tempo subjetivo e objetivo, ideal e real, espiritual e material, que desemboca na transformação prática, efetiva, do mundo do homem; portanto, trata-se de apenas transformar sua consciência, mas também as relações e instituições sociais que condicionam sua consciência, sua subjetividade (VÁSQUEZ, 2002, p. 70).

Portanto, Heringer (2021) salienta que, a luta antirracista no campo da saúde exige do Serviço Social uma atuação promovendo ações transformadoras que questionem e alterem as estruturas opressoras. Junto a outros movimentos sociais e da defesa de políticas inclusivas, o/a assistente social pode somar forças na construção de um sistema de saúde mais justo e equitativo para as mulheres negras.

3.3 Dados sobre a Saúde da Mulher Negra no Brasil

A saúde da mulher negra no Brasil reflete as profundas desigualdades sociais e raciais, destacando um quadro alarmante de iniquidades que afetam principalmente as mulheres negras. Dados de pesquisas realizadas no país e do Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra (2023), evidenciam as barreiras enfrentadas por essas mulheres no acesso a cuidados de saúde de qualidade.

De acordo com dados preliminares da pesquisa intitulada Nascer no Brasil II realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) entre outubro de 2020 a novembro de 2023, evidencia que mulheres negras enfrentam mais barreiras no acesso a cuidados de qualidade durante a gestação, parto e puerpério. No pré-natal, apenas 67,1% das mulheres negras realizam as seis consultas mínimas recomendadas, contra 80% das mulheres brancas. Além disso, o início do acompanhamento antes da décima segunda semana gestacional ocorre em apenas 69,2% das mulheres negras, enquanto entre as brancas esse índice é de 80,8%. As disparidades, entre as mulheres negras e brancas, são evidentes na peregrinação para encontrar uma maternidade adequada e na entrega de cartões de pré-natal.

Durante o parto, mulheres negras frequentemente têm seu direito à presença de um/a acompanhante negada, mesmo sendo garantido pela Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005, conforme apontado pela pesquisa, que revela que mais de 35% das mulheres não contaram com esse suporte durante toda a internação, sendo essa violação mais comum entre pretas e pardas. Essa ausência agrava o trauma do parto e reforça o cenário de violência obstétrica. Além disso, boas práticas no trabalho de parto são menos frequentes entre mulheres negras, o que prejudica os desfechos maternos e neonatais. Embora os partos vaginais sejam mais comuns entre pretas e pardas devido ao atendimento predominante no SUS, esses procedimentos muitas vezes não seguem práticas adequadas que garantam segurança, respeito e dignidade no cuidado.

Há impactos também sobre a garantia do direito da mulher ao/a acompanhante por ocasião do parto, que foi mais violado entre pretas e pardas do que entre brancas, mantido o gradiente de cor. Embora o direito ao/a acompanhante de livre escolha da gestante seja garantido pela Lei nº 11.108/37, na pesquisa “Nascer no Brasil” se verificou que mais de 35% das mulheres não ficaram com acompanhantes durante toda a internação para o parto (FIOCRUZ, 2023, p.26).

Outro ponto destacado pela pesquisa é que a morbidade materna grave (MMG)⁷ também é mais prevalente entre mulheres pretas (18,3%) do que entre brancas (14%) e pardas (15%), e sua mortalidade materna é duas vezes maior, com uma Razão de Mortalidade Materna (RMM)⁸ de 117 óbitos por 100.000 nascidos vivos para pretas, contra 52 para brancas. Síndromes hipertensivas, como pré-eclâmpsia grave, são mais frequentes em mulheres negras, demonstrando lacunas graves no diagnóstico precoce e no manejo adequado dessas condições.

Os dados apresentados pelo Ministério da Saúde por meio do Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra de 2023, evidenciam profundas desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde para mulheres negras no Brasil. Um dos exemplos mais significativos está relacionado ao acompanhamento pré-natal. Em 2020, apenas 68,7% das mulheres pretas e 66,2% das pardas realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, enquanto esse índice foi de 80,9% entre as mulheres brancas. Além disso, cerca de 1,7% das mulheres negras não realizaram nenhuma consulta durante a gestação, um dado que reflete as barreiras enfrentadas para acessar o sistema de saúde.

Os dados do Boletim Epidemiológico, Saúde da População Negra de 2023, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, validam os dados trazidos pela pesquisa Nascer no Brasil II, ao evidenciar profundas desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde para mulheres negras.

Um aspecto preocupante apresentado no Boletim Epidemiológico, é o peso, ao nascer, dos bebês. Em 2020, a proporção de nascidos vivos com menos de 2.500 gramas foi significativamente maior entre as mães pretas (10,1%) do que a média

⁷ A MMG se define como a ocorrência de uma complicação materna grave durante a gravidez, parto ou puerpério (até 42 dias após o término da gestação) (FIOCRUZ, 2023).

⁸ Razão, Taxa ou Coeficiente de Mortalidade materna é o indicador utilizado para conhecer o nível de morte materna, calculado pela relação do n.º de mortes maternas ou de mulheres durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela (Laurenti et al, 2000).

nacional (8,6%). Esse indicador é associado a condições socioeconômicas adversas e à assistência materno-infantil inadequada, demonstrando como as desigualdades estruturais afetam diretamente os resultados de saúde.

Em relação à mortalidade materna, as principais causas de óbito incluem hipertensão, hemorragias e infecções puerperais. Entre 2010 e 2020, a mortalidade proporcional por hipertensão aumentou em 5% entre mulheres pretas, enquanto a mortalidade por hemorragias atingiu 28% entre mulheres indígenas em 2020, o dobro do observado em 2015. Em 2020, a pandemia de COVID-19 teve um impacto significativo, sendo responsável por 22% do total de óbitos maternos, com proporções de 24,5% entre mulheres pretas e 20,6% entre pardas.

Conforme os dados Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DAENT), evidenciam que mulheres negras apresentam os maiores índices de mortalidade materna em comparação às mulheres brancas, conforme tabela abaixo. Por exemplo, em 2020, o número de óbitos maternos entre mulheres pardas foi de 33.782, enquanto entre mulheres pretas foi de 7.510, totalizando 41.292 mortes, que representam uma parcela significativa do total geral de 71.879 óbitos registrados.

Esses dados revelam uma disparidade preocupante que exige atenção das autoridades de saúde pública.

A tabela 1 demonstra que esse padrão desigual persiste nos anos seguintes, destacando a vulnerabilidade racial no acesso a cuidados de saúde adequados às mulheres negras. Além disso, é essencial que sejam implementadas políticas públicas eficazes para combater essa desigualdade e garantir um acesso equitativo aos serviços de saúde.

Tabela 1 - Mortalidade materna por raça/ cor.

Raça/Cor	2020	2021	2022	2023*	2024*
Branca	28.225	41.464	27.677	26.326	17.027
Preta	7.510	9.007	7.093	6.947	4.563
Amarela	257	306	223	215	148
Parda	33.782	41.591	32.526	31.516	20.603

Indígena	459	448	480	470	316
Branco/Ignorado	1.646	2.010	1.155	907	539
Todos	71.879	94.826	69.154	66.381	43.196

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - outubro de 2024.

* Períodos apresentados com dados preliminares.

De acordo com Brasil (2023), em 2021, os casos de infecções sexualmente transmissíveis afetaram principalmente as mulheres negras, onde representaram a maioria dos casos de HIV detectados em gestantes, com 52,8% sendo pardas e 14,8% pretas. Entre jovens negras, de 15 a 29 anos, o diagnóstico de HIV em gestantes atingiu 55,8%, para pardas, e 13,8% para pretas, demonstrando um cenário preocupante na saúde reprodutiva dessa população.

Além disso, a sífilis é outra condição de grande impacto; retrata que mais de 60% das gestantes diagnosticadas com sífilis são negras, com 56,9% pardas e 12,7% pretas em 2021. A sífilis congênita, que afeta recém-nascidos, também reflete essas desigualdades, já que 65,2% das mães de crianças diagnosticadas com a condição eram pardas e 9,5% eram pretas (Brasil, 2023).

No caso de hepatites virais, o Boletim Epidemiológico destaca que as mulheres negras, enfrentam uma incidência significativamente maior de casos de hepatite B em comparação às mulheres brancas. Em 2021, os dados mostram que 19,6% dos casos notificados de hepatite B entre mulheres ocorreram em mulheres pretas e 43,2% em pardas, revelando a desproporcionalidade da doença neste grupo. Além disso, ao longo dos anos analisados, a proporção de mulheres negras com hepatite B permaneceu superior à dos homens negros, indicando um padrão específico de vulnerabilidade que combina desigualdades de gênero e raça.

Perante a isso, observa-se que a saúde da mulher negra é profundamente impactada por desigualdades estruturais que refletem a confluência entre racismo e gênero. É indiscutível que a população negra, principalmente mulheres usuárias do SUS, enfrentam barreiras históricas no acesso a serviços de saúde, além de práticas discriminatórias que comprometem sua dignidade e bem-estar. A violência obstétrica, negligência no atendimento e ausência de políticas efetivas para atender suas especificidades reforçam essas desigualdades.

É de suma importância que o racismo seja enfrentado por meio de políticas públicas inclusivas, e com ações que promovam efetivamente a equidade no SUS, garantindo que as mulheres negras tenham acesso a cuidados de saúde humanizados e de qualidade, buscando dessa forma promover justiça social, e assegurar os direitos dessas mulheres em todos os estágios da vida.

4 A SAÚDE DA MULHER NEGRA NA LITERATURA ESPECIALIZADA

Nesta seção, analisar-se-á a problemática da saúde da mulher negra no Brasil, através da literatura especializada. Esta discussão será abordada por meio de eixos analíticos sobre as principais questões de saúde relacionadas à vida da mulher negra. Os eixos principais são: Violência Doméstica e Sexual; Violências Obstétrica, Ginecológica e Mortalidade Materna; Doenças Crônicas e Fatores de Risco; Saúde mental e Violência de Gênero. Os procedimentos metodológicos que guiaram o estudo, em primeiro lugar, foram a pesquisa caracterizada como qualitativa aplicada à leitura do tema, e organizada em etapas complementares, incluindo os critérios para a seleção do corpus amostral e a análise dos resultados.

4.1 Caminho Metodológico da Pesquisa

4.1.1 A pesquisa bibliográfica e a abordagem qualitativa na leitura do objeto

A pesquisa em questão é caracterizada como bibliográfica de natureza qualitativa, pois busca fundamentar-se em materiais já publicados, como livros e artigos científicos, com o objetivo de explorar de forma aprofundada as questões relacionadas à saúde da mulher negra no âmbito do SUS. De acordo com Gil (2002), a pesquisa bibliográfica é essencial para fornecer uma base sólida de conhecimento, permitindo compreender as diferentes perspectivas sobre o tema e contextualizá-lo dentro de debates acadêmicos e sociais já existentes.

Essa abordagem é especialmente relevante para o estudo de questões complexas e multifacetadas, como racismo estrutural, desigualdades na saúde e de gênero, pois tem como principal objetivo permitir ao/a pesquisador/a acessar um amplo conjunto de informações sobre um tema, sendo particularmente útil em estudos exploratórios e na análise de diferentes perspectivas sobre um problema específico.

Dessa forma, Gil (2010), salienta que a pesquisa qualitativa é fundamental para captar a subjetividade das experiências humanas, sendo apropriada para investigar as expressões da questão social que envolve múltiplas dimensões, como gênero, raça e classe. Assim, essas abordagens complementam-se e proporcionam uma análise rica e detalhada, alinhada aos objetivos do estudo.

Em concordância, Minayo (2001) explicita que a pesquisa qualitativa é uma forma de explorar o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, permitindo acessar as dimensões mais profundas das relações e processos sociais. Essa abordagem busca compreender fenômenos que não podem ser limitados à mera quantificação ou operacionalização de variáveis, oferecendo, assim, uma análise mais rica e detalhada da realidade investigada.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001, p. 22)

Diante disso, a pesquisa bibliográfica e qualitativa mostra-se adequada para atender aos objetivos deste estudo, pois possibilita tanto a construção de uma base teórica sólida quanto uma análise aprofundada das questões que permeiam a saúde da mulher negra no Brasil. Enquanto a pesquisa bibliográfica reúne diferentes perspectivas e debates sobre o tema, a abordagem qualitativa permite explorar as experiências e significados subjacentes às desigualdades enfrentadas por essas mulheres no contexto do SUS.

A partir de Minayo (2001), a escolha do método de estudo para a pesquisa, deve centrar-se na historicidade dos processos sociais, das categorias, da análise dos contextos históricos, das determinações socioeconômicas das relações sociais e da compreensão da realidade social.

Para este estudo, o método de referência desta pesquisa, é o método crítico dialético, que segundo Karl Marx é o método que permitirá ao/a pesquisador/a extrair do objeto suas múltiplas determinações.

Nas palavras de Netto (2009),

O método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto. Alcançando a essência do objeto, isto é: capturando a sua estrutura e dinâmica, por meio de procedimentos analíticos e operando a sua síntese, o pesquisador a reproduz no plano do pensamento; mediante a pesquisa, viabilizada pelo método, o pesquisador reproduz, no plano ideal, a essência do objeto que investigou (NETTO, 2009, p. 08).

4.1.2 Etapas procedimentais para seleção do corpus amostral da pesquisa

Para realização dessa pesquisa bibliográfica, foi adotado um conjunto de etapas destinadas a selecionar, de forma criteriosa, artigos científicos que dialogassem com os eixos temáticos previamente estabelecidos. A análise dos artigos foi conduzida com base na Análise de Conteúdo de Bardin (2016), que permite organizar e interpretar os dados de maneira sistemática.

Segundo a autora

A análise do conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto (Bardin, 2016, p. 30).

Essa análise foi realizada em três etapas: (1) Pré-análise, na qual foram definidos os critérios para seleção e realização da leitura flutuante dos textos, buscando identificar conteúdos relevantes; (2) Exploração do material, fase em que os artigos foram analisados em profundidade, extraíndo-se trechos significativos e categorizando-os conforme os eixos de investigação; (3) Tratamento dos resultados, que consistiu na organização das informações obtidas para interpretação crítica e síntese das principais discussões levantadas na literatura.

Esse procedimento possibilitou a categorização dos estudos dentro dos eixos que orientaram a pesquisa: Violência Doméstica e Sexual; Violências Obstétrica, Ginecológica e Mortalidade Materna; Doenças Crônicas e Fatores de Risco; e Saúde Mental e Violência de Gênero, permitindo uma visão estruturada das principais problemáticas enfrentadas pelas mulheres negras na Política de Saúde no Brasil.

Lima e Miotto (2007) explicam que,

É importante considerar que o pesquisador pode estabelecer quantos campos forem necessários para que o instrumento permita o exame detalhado das obras pesquisadas. Desse modo, pode ser elaborado um roteiro com mais de três campos de investigação, como também com vários outros subcampos. Essa construção, porém, terá de estar atenta ao objeto de estudo e aos objetivos a serem alcançados pela pesquisa (Lima; Miotto, 2007, p. 42).

A seleção do corpus amostral foi realizada a partir de bases de dados acadêmicas: SciELO, Google Acadêmico, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD), bem como publicações na área do Serviço Social, e em outras áreas relacionadas à saúde. Inicialmente, foram aplicados filtros que envolviam palavras-chave relacionadas aos eixos predominantes

Em um primeiro levantamento foi encontrado treze artigos, que passaram por uma análise a partir da leitura dos títulos, resumos, objetos, objetivos a fim de verificar a aderência ao tema. Somente os textos que dialogavam diretamente com os eixos, foram incluídos no corpus amostral, conforme apresentado no quadro 1. Diante do número de artigos pesquisados, optou-se por analisar o material de oito artigos, sendo dois relacionados a cada eixo de estudo.

Este levantamento foi realizado durante o segundo semestre do ano de 2024 e abarcou o período de 2019 e 2024.

Quadro 1 - Corpus amostral da pesquisa

TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	ANO	TÍTULO DO PERIÓDICO	ÁREA DE ESTUDO
A violência doméstica e racismo contra mulheres negras.	Christiane Carrijo Paloma Afonso Martins	2020	Revista Estudos Feministas	Psicologia
Da violência doméstica contra a mulher negra no Brasil, à democracia do cuidado.	Vivianne Lima Aragão Karyna Batista Sposato	2021	Revista de Gênero, Sexualidade e Direito	Direito
Violência obstétrica e as lutas das mulheres: explicitando questões de gênero e racial.	Cristiane Cordeiro da Silva Delfino	2022	XVII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais	Serviço Social
A carne mais barata do mercado é a carne negra: notas sobre o racismo e a violência obstétrica contra mulheres negras.	Vanessa Cristina dos Santos Saraiva Daniel de Souza Campos	2023	Revista Ciência e Saúde Coletiva	Serviço Social
Mulher do fim do mundo: violência feminicida contra a saúde da mulher negra.	Mariana Freitas da Costa Cristiane Brandão Augusto Maria Celeste Simões Marques	2023	Revista Saúde em Debate	Saúde Pública
Interseccionalidade e violência de gênero dentro do lar: a luta das mulheres negras contra o racismo e o patriarcado no Brasil.	Christiane Heloisa Timm Kalb Raquel Cristini da Silva	2023	Revista Direito e Sexualidade	Direito

Gênero, Raça e Saúde Mental da População Negra: abordagem sócio-histórica.	Edilene Maria da Silva Barbosa Taciana Lima de Paula Black Kalina Vanderlei Paiva da Silva	2024	Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde (Remecs)	Enfermagem
A saúde das mulheres negras no Brasil atual.	Renatha Cândida da Cruz Fabiana Gomes dos Anjos Isabella Christina da Mota Bolfarini	2024	Revista de Direito Socioambiental	Direito

Fonte: Elaborado pela pesquisadora para este estudo (2024).

A etapa final consistiu na leitura analítica dos artigos selecionados, a partir do conjunto de técnicas denominadas pela autora Bardin (2006) de Análise de Conteúdo. Esta etapa foi crucial para que o corpus amostral refletisse de maneira consistente e diversificada as discussões sobre a saúde da mulher negra e os desafios enfrentados nos contextos investigados. Esse processo então, visou assegurar a qualidade e a relevância das fontes utilizadas, alinhando-se aos objetivos e à metodologia da pesquisa.

4.2 Eixos Predominantes na Análise da Bibliografia

Neste tópico, será apresentada a análise dos artigos selecionados para este estudo, organizados a partir dos eixos: Violência Doméstica e Sexual, Violências Obstétrica, Ginecológica e Mortalidade Materna, Doenças Crônicas e Fatores de Risco, Saúde Mental e Violência de Gênero. A categorização desses eixos foi realizada com base na Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016), seguindo o processo de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Esses eixos foram determinados por abarcar as principais questões enfrentadas pelas mulheres negras em relação à Política de Saúde no Brasil.

4.2.1 Violência Doméstica e Sexual

A violência doméstica e sexual contra mulheres negras é um reflexo das profundas desigualdades estruturais do racismo e do patriarcado. Nos estudos de Christiane Carrijo e Paloma Afonso Martins (2020), “A violência doméstica e racismo contra mulheres negras” e de Vivianne Lima Aragão e Karyna Batista Sposato (2021), “Da violência doméstica contra a mulher negra no Brasil, à democracia do cuidado”,

vemos que a violência nessas situações não é apenas um ato isolado, mas parte de um sistema de opressão que permeia tanto as esferas públicas quanto privadas, impactando a vida dessas mulheres de maneira multifacetada.

Aragão e Sposato (2021) abordam como a violência doméstica contra mulheres negras se intensificou em contextos de vulnerabilidade social, especialmente durante a pandemia de COVID-19.

A pandemia evidenciou o que já era de conhecimento de todos. Contudo, mesmo diante do recorte racial, indicando que mulheres negras sofrem mais violência doméstica do que mulheres brancas, não foi adotado até então pelo Poder Público o direito ao cuidado com medidas para minimizar e corrigir essa situação. Somente uma transformação muito mais profunda, diante da invisibilidade da mulher negra, será capaz de superar a vulnerabilidade dessa população ante uma sociedade patriarcal e racista como a brasileira (Aragão e Sposato, 2021, p.78-79).

Durante esse período, o isolamento social agravou situações de abuso, pois muitas mulheres foram forçadas a conviver constantemente com seus agressores. As autoras destacam que a violência doméstica tem um componente estrutural forte, relacionado à dependência econômica, à invisibilidade das demandas das mulheres negras e à falta de redes de apoio. Essa perspectiva é crucial, pois expõe as causas subjacentes da violência, mostrando que a solução vai além de intervenções pontuais.

Aragão e Sposato (2021) apresentam o conceito de democracia do cuidado, explicitando que o cuidado não seja responsabilidade exclusiva das mulheres ou do núcleo familiar, mas uma responsabilidade compartilhada entre Estado, sociedade e comunidades. A democratização do cuidado, embora essencial, exige uma mudança profunda no papel do Estado e na distribuição de recursos.

Nesse viés, já demonstrada a vulnerabilidade das mulheres diante do avanço da violência doméstica contra pessoas do sexo feminino, sendo as mulheres negras e pobres ainda mais afetadas, o cuidado seria, portanto, o meio para redesenhar as políticas sociais de modo a garantir a eficácia dos direitos fundamentais (Aragão; Sposato, 2021, p.88).

Por outro lado, Carrijo e Martins (2020) aprofundam a discussão ao abordar como a violência sexual e doméstica é intensificada pela desumanização promovida pelo racismo. Utilizando uma perspectiva psicanalítica, as autoras analisam como o ideal de brancura se torna um mecanismo de opressão subjetiva, fragilizando a autoestima das mulheres negras e tornando-as mais vulneráveis a relações abusivas.

Esse enfoque traz uma contribuição relevante ao destacar que a violência se manifesta não apenas fisicamente, mas também psicologicamente, através de um processo histórico de negação da identidade negra.

Ao contrário de Aragão e Sposato (2021), que abordam soluções estruturais como a democracia do cuidado e a incorporação de uma perspectiva interseccional nas políticas públicas, Carrijo e Martins (2020) analisam as consequências psíquicas do racismo e como ele se articula à violência sexual. As autoras argumentam que a invisibilização das demandas das mulheres negras reflete um racismo institucional que banaliza suas experiências. Essa crítica é fundamental, pois questiona a falta de respostas efetivas do Estado e evidencia como a ausência de espaços para acolhimento e escuta, perpetua esse tipo de violência.

Comparando os dois estudos, observa-se que Aragão e Sposato (2021) apresentam uma perspectiva prática e orientada para ações concretas no enfrentamento da violência, sugerindo soluções que envolvem a coletividade do cuidado como forma de combater as violências sofridas pelas mulheres negras. No entanto, essa abordagem pode ser limitada por não considerar profundamente os impactos subjetivos do racismo e da violência sexual. Já Carrijo e Martins (2020), oferecem uma análise mais crítica e profunda sobre as dinâmicas de poder que sustentam a violência contra mulheres negras, apontando para a relação entre violência doméstica, sexualidade e racismo internalizado.

Ambos os estudos concordam que as violências sofridas por mulheres negras estão ligadas a um contexto histórico de exclusão e opressão. No entanto, enquanto Aragão e Sposato (2021) enfatizam a urgência de políticas públicas que promovam o cuidado como uma resposta estrutural, Carrijo e Martins (2020) destacam a necessidade de se combater o racismo cultural e institucional que deslegitima as experiências dessas mulheres, e para isso é fundamental que as políticas públicas reconheçam a existência e os impactos do racismo, atuem para combater os danos causados por anos de opressão e trabalhem para prevenir essas injustiças no futuro.

Em suma, ambos os estudos oferecem contribuições significativas, e apontam caminhos distintos. Aragão e Sposato (2021) sugerem um caminho prático, mas não abordam as transformações necessárias no plano subjetivo e cultural. Em contrapartida, Carrijo e Martins (2020) abordam a profundidade da violência física e psíquica, mas não propõem soluções concretas para enfrentar a problemática no campo político.

4.2.2. Violências Obstétrica, Ginecológica e Mortalidade Materna

A violência obstétrica contra mulheres negras destaca a convergência cruel de desigualdades estruturais envolvendo gênero, raça e classe. Cristiane Cordeiro da Silva Delfino (2022) em seu artigo “Violência obstétrica e as lutas das mulheres: explicitando questões de gênero e racial” e o artigo de Vanessa Cristina dos Santos Saraiva; Daniel de Souza Campos (2023) “A carne mais barata do mercado é a carne negra: notas sobre o racismo e a violência obstétrica contra mulheres negras”, apresentam contribuições para entender essa questão, revelando não apenas práticas violentas no contexto da saúde, mas também processos históricos e culturais que legitimam essas violências e resultam, entre outros impactos, como na mortalidade materna.

Delfino (2022) aponta que a violência obstétrica não pode ser analisada sem considerar o viés racial, uma vez que as mulheres negras são as principais vítimas dessa prática. A autora define violência obstétrica como qualquer ato de abuso, desrespeito ou tratamento desumano durante o pré-parto, parto e pós-parto, amparando-se na discussão de interseccionalidade para mostrar como gênero e raça expressam as experiências das mulheres negras no sistema de saúde, destacando os altos índices de mortalidade materna entre mulheres negras, indicando que a negligência e a desumanização no atendimento são fatores cruciais para o agravamento desse quadro.

Dessa forma, Delfino (2022) discute estereótipos históricos sobre mulheres negras como a ideia de que são mais fortes e toleram mais dor, que justificam, na prática, o descaso e a desumanização enfrentados por elas. Esses estereótipos resultam em práticas como a negação de anestesia e a realização de procedimentos invasivos sem consentimento. Segundo a autora, essa violência é parte de um racismo obstétrico estruturado, onde o poder-saber médico perpetua relações hierárquicas e discriminatórias, impactando diretamente os altos índices de mortalidade materna entre mulheres negras.

Outro ponto abordado por Delfino (2022) é a negligência e a invisibilidade no sistema de saúde, o que dificulta a criação de políticas públicas efetivas voltadas para suas necessidades. Um exemplo emblemático é o não preenchimento do quesito cor/raça nos registros de saúde, fator que compromete a produção de dados

confiáveis e impede a implementação de ações específicas que contemplem essa população.

As autoras Saraiva e Campos (2023), no artigo “A carne mais barata do mercado é a carne negra: notas sobre o racismo e a violência obstétrica contra mulheres negras”, reforça essa perspectiva ao apresentar a violência obstétrica como um fenômeno histórico inserido em um contexto de violência racial e sexista. A expressão “a carne mais barata do mercado” é uma metáfora poderosa que evidencia como os corpos das mulheres negras sempre foram historicamente explorados e violados, desde o período colonial até hoje.

Diferente de Delfino (2022), o texto amplia o debate ao trazer uma perspectiva histórica e estrutural, mostrando que o controle sobre os corpos das mulheres negras é um pilar fundante do racismo e do patriarcado, e particularmente no Brasil. Essa exploração, como destaca o texto, tem consequências até hoje, refletidas, entre outros aspectos, nos índices desproporcionais de mortalidade materna entre mulheres negras, cuja vida e saúde são tratadas com menor valor social.

Para Saraiva e Campos (2023) é fundamental entender que as mulheres negras vivenciam múltiplas formas de discriminação, resultantes da intersecção entre raça e gênero. Essa realidade compromete sua condição de sujeito de direitos, especialmente no campo da saúde, onde o racismo e o sexismo aprofundam desigualdades no acesso aos serviços e no atendimento, incluindo o momento do parto. Segundo as autoras, apesar de representarem 76% das usuárias do SUS, as mulheres negras enfrentam desigualdades no atendimento, sendo avaliadas em menor tempo, submetidas a menos exames e frequentemente vítimas de violência obstétrica, como negligência, abuso verbal e procedimentos desnecessários. Casos emblemáticos, como o de Alyne Pimentel, que faleceu em 2002 devido à negligência médica, e Milene Oliveira, vítima de violência obstétrica em 2022, evidenciam a persistência histórica desses problemas e reforçam preconceitos, como a ideia de que a mulher negra é forte.

Ambos os textos convergem ao demonstrar que a violência obstétrica contra mulheres negras é atravessada pela injustiça epistêmica, conceito utilizado por Delfino (2022). Essa injustiça ocorre quando as falas e experiências dessas mulheres são deslegitimadas pelos/as profissionais de saúde, que ignoram suas dores e queixas. Saraiva e Campos (2023) complementa essa reflexão ao mostrar que essa deslegitimação tem raízes históricas, remontando ao período escravocrata, quando

as mulheres negras eram vistas como mão de obra produtiva e desprovidas de humanidade.

Uma diferença significativa entre os textos está na abordagem proposta. Delfino (2022) traz uma perspectiva teórica, dando enfoque à interseccionalidade como ferramenta fundamental para entender e combater a violência obstétrica. A autora enfatiza que políticas públicas devem reconhecer as particularidades das opressões sofridas por mulheres negras, especialmente no enfrentamento à mortalidade materna que pode ser evitável. Já Saraiva e Campos (2023) adota uma abordagem histórica e social, contextualizando as práticas contemporâneas de violência obstétrica como uma continuidade das violências coloniais.

Apesar das diferenças, os textos indicam que a violência obstétrica não é apenas um problema individual, mas um reflexo de um sistema de saúde estruturado no racismo e no patriarcado. O silenciamento das vozes das mulheres negras e a negligência no atendimento perpetuam essa violência e resultam em desfechos fatais, como a mortalidade materna.

Enquanto Delfino (2022) propõe a interseccionalidade para enfrentar a violência obstétrica e reduzir a mortalidade materna, Saraiva e Campos (2023) alertam para a necessidade de uma reflexão histórica sobre as origens dessa violência. As duas abordagens são complementares, evidenciando que é necessário considerar tanto as soluções contemporâneas quanto o contexto histórico que sustenta a exploração e a violência contra as mulheres negras.

4.2.3 Doenças Crônicas e Fatores de Risco

As condições de saúde das mulheres negras no Brasil revelam o impacto devastador das desigualdades estruturais e do racismo institucional no adoecimento dessa população. Os artigos “Mulher do Fim do Mundo: Violência Feminicida Contra a Saúde da Mulher Negra”, de Mariana Freitas da Costa, Cristiane Brandão Augusto e Maria Celeste Simões Marques (2023), e “A Saúde das Mulheres Negras no Brasil Atual”, das autoras Renatha Cândida da Cruz, Fabiana Gomes dos Anjos e Isabella Christina da Mota Bolfarini (2024), apresentam aportes importantes para compreender a relação entre racismo, doenças crônicas e acesso precário aos serviços de saúde. Além disso, apontam a necessidade de políticas públicas específicas para diminuir os impactos do racismo nos indicadores de saúde dessa população.

Ambos os textos tratam da interseccionalidade entre raça, gênero e classe, mostrando como esses fatores determinam quem tem acesso à saúde de qualidade e quem é relegado à invisibilidade e à negligência. O artigo de Costa; Augusto; Marques (2023) adota uma abordagem crítica para discutir como o racismo estrutural afeta as mulheres negras. As autoras utilizam o conceito de necropolítica⁹ para mostrar como o Estado decide quais vidas são valorizadas e quais são invisibilizadas, resultando em mortes evitáveis que são naturalizadas.

Costa, Augusto e Marques (2023) analisam que as principais causas de mortalidade entre as mulheres negras estão relacionadas a doenças preveníveis. Dados das pesquisas abordados no artigo destacam as principais causas de mortalidade entre mulheres negras, como câncer de mama, câncer de colo do útero e HIV/AIDS. Estudos mencionados pelas autoras no artigo apontam que mulheres negras representam 61,9% dos óbitos por HIV/AIDS e possuem 51% mais chances de desenvolver a doença. Em casos de câncer de mama, a taxa de sobrevivência é 10% menor em relação às mulheres brancas, e para o câncer de colo do útero, 71,4% das mortes em Pernambuco são de mulheres negras.

Embora o foco principal do artigo seja a violência feminicida, ele também explora de forma relevante o impacto do racismo na saúde mental e nos altos índices de suicídio entre mulheres negras. Essas doenças, que poderiam ser tratadas com diagnóstico precoce e acompanhamento adequado, tornam-se fatais devido ao acesso precário a exames preventivos e tratamentos eficazes.

Para ilustrar essas desigualdades, Costa, Augusto e Marques (2023) utilizam as obras da cantora Elza Soares, especialmente a música “Mulher do Fim do Mundo”, como uma forma de expressar a resistência e a dor histórica das mulheres negras. A música funciona como um alerta simbólico para a invisibilidade dessas vidas, dando voz àquelas que foram silenciadas pelo sistema de saúde e pela sociedade. As autoras salientam que a violência feminicida contra as mulheres negras é fruto de uma estrutura racista e patriarcal que banaliza suas mortes e as nega o direito à vida e à saúde.

⁹ Uso do poder político e social, por parte do Estado, de forma a determinar, por meio de ações ou omissões (gerando condições de risco para alguns grupos ou setores da sociedade, em contextos de desigualdade, em zonas de exclusão e violência, em condições de vida precárias, por exemplo), quem pode permanecer vivo ou deve morrer (Mbember, 2018, p. 7).

Por outro lado, as autoras Renatha Cândida da Cruz, Fabiana Gomes dos Anjos e Isabella Christina da Mota Bolfarini (2024), adotam uma abordagem quantitativa e política para analisar as desigualdades na saúde, demonstrando como as mulheres negras são mais afetadas. As autoras apresentam dados Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Ministério da Saúde para mostrar como as mulheres negras são as mais afetadas por doenças crônicas, como hipertensão arterial, diabetes tipo II, anemia falciforme e deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD).

De acordo com os dados do Ministério da Saúde apresentados por Cruz, Anjos e Bolfarini (2024), a anemia falciforme é uma doença hereditária mais comum na população negra, causada por uma mutação no gene da hemoglobina, resultando em glóbulos vermelhos em forma de foice. Sua prevalência é de 6% a 10% entre os portadores do gene e 1% a 3% com a doença completa. O diabetes mellitus tipo II, caracterizado pela resistência à insulina, é mais prevalente na população negra, com 9% a mais de casos em homens e 50% a mais em mulheres em comparação com a população branca. A hipertensão arterial é mais comum na população negra, com fatores genéticos, ambientais e socioeconômicos influenciando seu desenvolvimento. A deficiência de G6PD é uma doença genética que afeta a proteção dos glóbulos vermelhos, mais prevalente em pessoas de ascendência africana. O diagnóstico precoce e o acompanhamento médico são fundamentais para evitar complicações.

Essas doenças, apesar de terem determinantes genéticos, são profundamente agravadas por condições socioeconômicas desfavoráveis. De acordo com o Censo Demográfico de 2022 do IBGE, apenas 58,3% da população brasileira têm acesso ao saneamento básico adequado, como redes de esgoto ou fossas sépticas, sendo as Regiões Norte e Nordeste as mais prejudicadas, com cobertura de apenas 17,7% e 38,3%, respectivamente. Além disso, a precariedade no acesso à água potável afeta majoritariamente as populações negras, predominantemente residentes nessas regiões, onde até 24,3% dos domicílios utilizam poços ou carros-pipa como fonte principal de abastecimento.

As autoras também destacam as desigualdades no acompanhamento do pré-natal e no acesso a exames preventivos. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) revelam que apenas 69,8% das mulheres negras realizam as seis consultas mínimas recomendadas durante a gravidez, enquanto 84,9% das mulheres brancas conseguem acessar esse serviço.

Essa discrepância tem consequências graves, contribuindo para os altos índices de mortalidade materna e infantil entre as mulheres negras. Além disso, o texto denuncia que as mulheres negras têm menos acesso a exames de rastreamento, como a mamografia, essencial para a detecção precoce do câncer de mama. Enquanto 66,2% das mulheres brancas realizaram o exame, apenas 54,2% das mulheres pretas e 52,9% das pardas tiveram esse acesso.

Doenças infecciosas, como a sífilis congênita e outras infecções sexualmente transmissíveis, também são mais frequentes entre mulheres negras. Segundo dados do Ministério da Saúde, as taxas de detecção de sífilis em gestantes são mais altas em mulheres negras em comparação com outros grupos étnicos.

Um ponto central apresentado por Cruz, Anjos e Bolfarini (2024) é a discussão sobre o racismo institucional, sendo ele um dos principais fatores que perpetuam as desigualdades em saúde. As autoras apontam que, mesmo com a implementação da PNSIPN em 2009, os avanços ainda são limitados devido à falta de investimento, monitoramento e comprometimento político.

Além das doenças crônicas, Cruz, Anjos e Bolfarini (2024) também abordam a questão da saúde mental das mulheres negras, destacando como o acúmulo de violências históricas e cotidianas impacta o bem-estar emocional dessa população.

Comparando os dois textos, percebe-se que ambos denunciam o racismo estrutural como um fator determinante no adoecimento das mulheres negras, seja pelas doenças crônicas, pela violência feminicida ou pela negligência no atendimento. Enquanto Costa, Augusto e Marques (2023) utilizam uma abordagem simbólica e cultural para humanizar as estatísticas e denunciar a banalização das mortes evitáveis, Cruz, Anjos e Bolfarini (2024) trazem uma análise mais quantitativa, apresentando dados concretos e discutindo a limitação das políticas públicas existentes.

Assim, os textos se complementam ao evidenciar que o racismo, associado às desigualdades de gênero e classe, aborda profundamente as vulnerabilidades e limita o acesso das mulheres negras aos cuidados de saúde adequados, associados à falta de investimentos em saúde resultam nos principais fatores que perpetuam as desigualdades enfrentadas pelas mulheres negras. Essa realidade reflete-se nos altos índices de adoecimento e nas dificuldades enfrentadas para acesso a serviços de saúde dignos e integrais.

4.2.4 Saúde Mental e Violência de Gênero

A intersecção entre saúde mental e violência de gênero é crucial para entender os impactos do racismo e do sexismo na vida das mulheres negras. Os textos de Edilene Maria da Silva Barbosa, Taciana Lima de Paula Black e Kalina Vanderlei Paiva da Silva (2024) “Interseccionalidade e Violência de Gênero dentro do Lar: a luta das mulheres negras contra o racismo e o patriarcado no Brasil” e das autoras Christiane Heloisa Timm Kalb, e Raquel Cristini da Silva (2023) “Gênero, Raça e Saúde Mental da População Negra: abordagem sócio- histórica” trata desse tema com perspectivas distintas, mas complementares, revelando as dinâmicas estruturais e subjetivas que atravessam essas experiências.

Barbosa, Black e Silva (2024) exploram como o racismo e o sexismo implicam no sofrimento psíquico das mulheres negras, utilizando um enfoque sócio-histórico para mostrar como os estereótipos negativos associados à raça e ao gênero reforçam sentimentos de baixa autoestima e alienação. A hipersexualização e a objetificação das mulheres negras, heranças da escravidão, perpetuam um ciclo de desumanização que impacta diretamente sua identidade e bem-estar psíquico.

Refletindo um pouco mais sobre a saúde mental das mulheres negras, tem-se um contexto do corpo dessa mulher, como sinônimos de objeto e de propriedade de alguém, e na imagem dela como um signo de erotismo, luxúria e de sensualidade. Mulheres negras vivenciam uma tensão que resulta em sentimentos de baixa autoestima, sentimento de inferioridade e autocensura, gerando insegurança, medo e vergonha por se sentirem menos aceitas quando comparadas às mulheres brancas e até mesmo aos homens negros (Barbosa; Black; Silva, 2024, p. 7).

Barbosa, Black e Silva (2024) salientam que o impacto do racismo no corpo psíquico, onde as mulheres negras, ao internalizarem padrões de beleza eurocêntricos, acabam rejeitando aspectos de sua própria identidade. Esse conflito entre o desejo de aceitação social e a imposição de valores racistas resulta em sofrimento psíquico e adoecimento mental. As autoras sugerem que uma psicologia antirracista e interseccional é essencial para compreender e combater o desenvolvimento dessa opressão.

Outro ponto importante levantado por Barbosa, Black e Silva (2024) é a invisibilidade das demandas das mulheres negras nos sistemas de saúde. Vistas como resistentes ou pouco vulneráveis, suas necessidades emocionais são frequentemente negligenciadas. Essa percepção desumanizadora, juntamente com o

racismo institucional, exclui essas mulheres dos espaços terapêuticos, aumentando o risco de transtornos como depressão, ansiedade e síndrome do pânico. A falta de representatividade nos serviços de saúde mental perpetua a desconexão entre as necessidades das mulheres negras e as soluções oferecidas.

As autoras Kalb e Silva (2023) abordam a violência de gênero no âmbito doméstico e suas implicações para as mulheres negras, utilizando uma perspectiva criminológica feminista. As autoras explicam como a violência de gênero contra mulheres negras é agravada por fatores raciais e socioeconômicos. A violência doméstica é influenciada por estereótipos que hipersexualizam e desumanizam essas mulheres, afetando o tratamento que recebem das instituições públicas e privadas. Essa violência se perpetua por instituições que falham em oferecer acolhimento adequado e soluções eficazes.

Além disso, Kalb e Silva (2023) analisa a violência simbólica e psicológica, menos visível, que reforça a marginalização das mulheres negras. Discursos institucionais frequentemente culpabilizam as vítimas ou naturalizam a violência de gênero em contextos marcados pelo racismo. Isso destaca a necessidade de repensar práticas institucionais para que sejam mais sensíveis às especificidades das mulheres negras, tanto em serviços de saúde mental quanto em âmbitos jurídicos e sociais. Os impactos de longo prazo incluem transtornos de ansiedade, depressão e síndromes pós-traumáticas.

O racismo e o patriarcado construíram uma posição de inferioridade para as mulheres negras, desta forma, as mesmas estão introduzidas em uma conjuntura de desigualdades fundamentais, ocasionadas pelo patriarcalismo e pelo racismo (Kalb; Silva, 2023, p. 124).

Diante disso, Kalb e Silva (2023) destacam que a violência doméstica, ao ser minimizada pelas instituições, cria um ciclo de retraumatização para as mulheres negras. Quando buscam apoio, enfrentam resistência ou julgamentos baseados em estereótipos raciais, de classe e gênero, perpetuando a violência e intensificando o isolamento social. A ausência de políticas públicas que considerem essas especificidades torna o sistema de proteção insuficiente, obrigando muitas mulheres a enfrentar sozinhas o impacto da violência em sua saúde mental e física.

Um aspecto crítico trazido por Kalb e Silva (2023) é a ineficácia das políticas públicas em atender às especificidades das mulheres negras, que frequentemente encontram barreiras no acesso a serviços de saúde mental e assistência jurídica. As

autoras destacam que a falta de representatividade e de escuta ativa nas políticas existentes as tornam insuficientes para lidar com as múltiplas opressões que essas mulheres enfrentam, reforçando um ciclo onde a violência de gênero aprofunda as desigualdades sociais e raciais.

Os dois textos convergem ao enfatizar que o sofrimento psíquico das mulheres negras é amplificado pela negligência institucional e pelas práticas discriminatórias. Barbosa, Black e Silva (2024) adota uma abordagem sócio-histórica e psicológica, enquanto Kalb e Silva (2023) trazem uma perspectiva legal e criminológica, focando na violência de gênero e suas manifestações específicas na vida das mulheres negras. Ambas as análises mostram que racismo e sexismo não apenas configuram as condições externas de violência, mas também influenciam como as mulheres negras vivenciam essas experiências internamente. Essa dupla exposição externa e interna contribui para um quadro de adoecimento mental que frequentemente não é abordado ou tratado adequadamente.

As duas perspectivas são complementares e necessárias para uma compreensão do problema. A saúde mental das mulheres negras é impactada não apenas pelas violências diretas, mas também pela desumanização histórica que permeia as relações sociais e institucionais no Brasil com agravante de gênero. Kalb e Silva (2023) mostram que as instituições, ao falharem em oferecer suporte adequado, reforçam as dinâmicas de exclusão e marginalização, enquanto Barbosa, Black e Silva (2024) aprofundam a compreensão nas raízes psíquicas e históricas. A interação entre violência de gênero e saúde mental cria um ambiente de retração social, onde as mulheres negras se sentem isoladas, incompreendidas e desprovidas de suporte efetivo.

Dessa forma, nesta seção, foram abordados os desafios específicos enfrentados pelas mulheres negras no Brasil, com ênfase nas condições de saúde e nos impactos da violência física e de gênero, além de suas repercussões na saúde mental. As desigualdades raciais, de classe e gênero permeiam a vida dessas mulheres, resultando em um acesso restrito e desigual aos serviços de saúde, bem como em condições de vida muitas vezes precarizadas.

As mulheres negras também sofrem com o racismo institucionalizado, que leva a um atendimento inadequado e, frequentemente, à sua invisibilização nos espaços de saúde. A falta de políticas públicas específicas e eficientes, que considerem as múltiplas dimensões da opressão e a interseccionalidade de raça,

gênero e classe, agrava ainda mais a situação dessa população, perpetuando um ciclo de desigualdades e exclusão.

A análise dos textos evidencia que a intersecção entre racismo e sexismo é um dos principais fatores que agravam a saúde das mulheres negras, tanto física e mental. Ao longo da análise, ficou clara a urgência de uma abordagem interseccional que leve em conta as especificidades da população negra, particularmente das mulheres em todos os aspectos da saúde, desde o atendimento, tratamento e o acompanhamento preventivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve por objetivo analisar os principais enfoques da literatura especializada sobre a saúde da mulher negra no Brasil, publicadas entre 2019 e 2024, considerando as desigualdades de raça, classe e de gênero no acesso aos serviços de saúde. A questão que norteou a pesquisa foi: como a literatura especializada, em diversas áreas, apresenta e analisa os desafios enfrentados pelas mulheres negras no acesso ao sistema de saúde brasileiro?

O racismo estrutural e institucional tem impacto direto nas condições de saúde das mulheres negras, perpetuando desigualdades históricas e sociais que dificultam o acesso a serviços de qualidade e o pleno exercício do direito à saúde. Essa realidade é agravada por práticas discriminatórias, negligência no atendimento e a invisibilidade de suas demandas específicas, evidenciando a urgência de ações efetivas para promover a equidade no SUS.

A análise revelou que o racismo estrutural e institucional é um fator determinante para as desigualdades de saúde enfrentadas pelas mulheres negras. Essas condições, historicamente construídas, perpetuam um sistema que dificulta o acesso a serviços de qualidade e compromete o exercício pleno do direito à saúde. Essa situação é agravada pela negligência no atendimento e pela falta de políticas públicas efetivamente implementadas para atender as demandas dessa população de maneira equitativa.

Embora este estudo não abranja todas as complexidades relacionadas à saúde da mulher negra, possibilitou compreender como essas desigualdades refletem estruturas históricas de exclusão e discriminação. Políticas públicas como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) representam avanços importantes, mas ainda enfrentam desafios no que diz respeito à operacionalização e à redução das barreiras enfrentadas por essas mulheres.

Para alcançar a resposta do problema de pesquisa e atingir o objetivo proposto pelo estudo, foram definidos três objetivos específicos: analisar as questões de saúde enfrentadas pelas mulheres negras no contexto do racismo estrutural e institucional; compreender a contribuição do Serviço Social à temática sobre saúde da mulher negra no Brasil; analisar a partir da literatura especializada em diversas áreas

sobre a temática saúde da mulher negra. Os objetivos foram desenvolvidos nas seções do trabalho, como descrito a seguir.

Na Seção II, discutiu-se a relação entre saúde, racismo estrutural e as lutas políticas e sociais da população negra no Brasil. A abordagem do racismo estrutural evidenciou como ele permeia as desigualdades no sistema de saúde, afetando principalmente mulheres negras. A interseccionalidade foi apresentada como um conceito essencial para compreender como os marcadores sociais de raça, gênero e classe impactam a saúde dessa população. Foram analisadas as políticas PNAISM e PNSIPN, destacando seus avanços e limitações. Além disso, explorou-se o papel das lutas do movimento negro na garantia do direito à saúde e no enfrentamento do racismo institucional, uma barreira persistente na efetivação de políticas públicas.

Na Seção III, apresentou-se a trajetória do Serviço Social na Política de Saúde, atuação dos/as assistentes sociais junto às mulheres negras e a importância de dados e estudos específicos para compreender a realidade dessa população. A pesquisa evidenciou que o Serviço Social, como profissão comprometida com a justiça social, desempenha um papel estratégico ao articular políticas públicas, propor ações de fortalecimento e enfrentamento das desigualdades de saúde enfrentadas por essas mulheres.

Na Seção IV, foi realizada uma análise do corpus amostral, composto por oito artigos organizados em quatro eixos principais: Violência Doméstica e Sexual, que revelou a vulnerabilidade das mulheres negras a esse tipo de violência e as barreiras que enfrentam no acesso a redes de apoio e serviços especializados. No segundo eixo, Violências Obstétrica, Ginecológica e Mortalidade Materna, destacou o impacto do racismo institucional na alta taxa de mortalidade materna e nos casos de violência obstétrica. O eixo Doenças Crônicas e Fatores de Risco, evidenciou a prevalência de condições como hipertensão, diabetes e anemia falciforme entre mulheres negras, associadas a fatores sociais e à falta de políticas preventivas eficazes. E por último, o eixo Saúde Mental e Violência de Gênero, apontou os altos níveis de sofrimento psíquico enfrentado por mulheres negras devido às opressões vivenciadas, agravados pela insuficiência de serviços de saúde mental sensíveis às especificidades de raça e gênero, e a falta de representatividade nos serviços onde perpetua a incongruência entre as necessidades das mulheres negras e as soluções oferecidas.

A análise integrada permitiu compreender que o racismo estrutural e institucional, somado às desigualdades de classe e de gênero, é um elemento central

para a exclusão das mulheres negras no sistema de saúde. Valorizar a luta histórica da população negra e apoiar suas resistências são aspectos fundamentais para transformar essa realidade, e construir um sistema de saúde mais inclusivo e equitativo.

Embora tenham ocorrido avanços nas políticas públicas e na produção acadêmica sobre a saúde da mulher negra, ainda há lacunas significativas que precisam ser superadas. É necessário que as políticas públicas reconheçam as especificidades da população negra e promovam ações antirracistas e de equidade de gênero.

A vista disso, explicitamos que o Serviço Social tem um papel fundamental nesse processo, contribuindo para o fortalecimento das mulheres negras na luta por direitos, na articulação de redes de cuidado e na promoção de ações profissionais mais justas e inclusivas.

Por fim, salientamos que este estudo não se propõe a encerrar o tema, mas oferecer reflexões que possam subsidiar novas pesquisas e práticas voltadas à superação das desigualdades.

REFERÊNCIAS

- ANJOS, Fabiana Gomes dos; BOLFARINI, Isabella Christina da Mota. A saúde das mulheres negras no Brasil atual. **ReDiS - Revista de Direito Socioambiental (UEG)**, [S. l.], v. 2, n. 02, p. p. 64–79, 2024. Disponível em: [//www.revista.ueg.br/index.php/redis/article/view/15680](http://www.revista.ueg.br/index.php/redis/article/view/15680). Acesso em: 16 dez. 2024.
- AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. São Paulo: Pólen, 2019. (Coleção Feminismos Plurais).
- ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019. Cap. I. (Coleção Feminismos Plurais)
- ARAÚJO, Marcos Vinícius Ribeiro de; TEIXEIRA, Carmen Fontes. **As organizações do Movimento Negro e o processo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2006-2014)**. Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 187-225. ISBN 978-85-232-2021-1. <https://doi.org/10.7476/9788523220211.0007>.
- ARAGÃO, Viviane Lima; SPOSATO, Karyna Batista. Da violência doméstica contra a mulher negra no Brasil à democracia do cuidado. **Revista de Gênero, Sexualidade e Direito**, Florianópolis, Brasil, v. 7, n. 2, p. 77–92, 2022. DOI: 10.26668/2525-9849/Index_Law_Journals/2021.v7i2.8264. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistagsd/article/view/8264>. Acesso em: 16 dez. 2024.
- ASSIS, Jussara Francisca de. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 133, set. 2018.
- BARBOSA, Edilene Maria da Silva; BLACK, Taciana Lima de Paula; SILVA Kalina Vanderlei Paiva da. Gênero, raça e saúde mental da população negra: abordagem sócio-histórica. São Paulo: **Remecs**. 2024. DOI: <https://doi.org/10.24281/rremecs2024.2.esp.310>
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo. Editora Edições 70, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Série C: Projetos, Programas e Relatórios).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.678, de 13 de agosto de 2004. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 ago. 2004b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1678_13_08_2004.html. Acesso em 18 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>. Acesso em: 9 set. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Acesso em 18 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Igualdade Racial. **O que é SINAPIR?** Disponível em: https://www.gov.br/igualdaderacial/pt-br/acesso-a-informacao/copy_of_perguntas-frequentes/sinapir-e-cnpir/o-que-e-sinapir-como. Acesso em: 21 set. 2024.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Resolução CNS nº 513, de 6 de maio de 2016. Publicada no CONASS Informa nº 102. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conass-informa-n-102-publicada-a-resolucao-cns-n-513-que-altera-o-artigo-n-1-do-regimento-do-conselho-nacional-de-saude-aprovado-pela-resolucao-no-407-de-12-de-setembro-de-2008-que-tra/>. Acesso em: 21 set. 2024.

BRASIL. **Estatuto da igualdade racial**. – Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2010. 33 p.

BRASIL. **Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010**. Estatuto da Igualdade Racial e legislação correlata. 4ª edição, 1ª reimpressão. Brasília: Centro de Documentação e Informação, Edições Câmara, 2015.

BRASIL. **Resolução nº 513, de 06 de maio de 2016**. Aprova a criação da Comissão Intersetorial de Políticas de Promoção da Equidade (CIPPE). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0513_06_05_2016.html. Acesso em: 21 set. 2024.

BRASIL. **Governo cria grupo para fomentar a equidade racial na saúde**. Planalto, 16 abr. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/noticias/2024/04/governo-cria-grupo-para-fomentar-a-equidade-racial-na-saude>. Acesso em: 21 set. 2024.

BRASIL. **Lei nº 14.759, de 21 de dezembro de 2023**. Declara feriado nacional o Dia Nacional de Zumbi e da Consciência Negra. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 dez. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14759.htm. Acesso em: 1 out. 2024.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, **Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra** - Número Especial -Vol.1 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, **Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra** - Número Especial- Vol.2 out. 2023.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez: 2006.

BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurilio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez: 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. São Paulo: Cortez, 2006.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7–26, 2013.

CARRIJO, Christiane; MARTINS, Paloma Afonso. A violência doméstica e racismo contra mulheres negras. **Revista Estudos Feministas**, São Paulo, v. 28, n. 2, 2020.

CCMS/CENTRO CULTURAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conferências Nacionais de Saúde: Contribuições para a construção do SUS. S.D. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/cns/sergio-arouca.php>. Acesso em 05 de fev. de 2025.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, São Paulo, 10(1), 2002.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Legislação e Resoluções sobre o Trabalho do/a Assistente Social**. Brasília: CFESS, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

COSTA, Mariana Freitas da; AUGUSTO, Cristiane Brandão; MARQUES, Maria Celeste Simões. Mulher do fim do mundo: violência feminicida contra a saúde da mulher negra. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 47, n. spe1, 2023.

CRUZ, Renatha Cândida da; ANJOS, Fabiana Gomes dos; BOLFARINI; Isabella Christina da Mota. Saúde das Mulheres Negras no Brasil atual. **ReDiS - Revista de Direito Socioambiental (UEG)**, [S. l.], v. 2, n. 02, p. p. 64–79, 2024.

DELFINO, Cristiane Cordeiro da Silva. **Violência Obstétrica e as Lutas das Mulheres**: explicitando questões de gênero e racial. Anais do 17º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais - CBAS. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/ finais/0000001399.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2024.

EVARISTO, Conceição. **Poemas da recordação e outros movimentos**. Rio de Janeiro: Malê, 2017, p. 24.

FERREIRA, Mary. **As Caetanas Vão à Luta**: Feminismo e Políticas Públicas no Maranhão. São Luis: EDUFMA, 2007.

FIOCRUZ. **Nascer no Brasil II**: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento, 2022-2023. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/11/Dados-preliminares-da-pesquisa-Nascer-no-Brasil-2.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2024.

G1. **Mais que letras**: piauienses da comunidade LGBTQIAPN+ falam de significado de cada letra, identidade e pertencimento. G1 Piauí, 28 jun. 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/pi/piaui/noticia/2024/06/28/mais-que-letras-piauienses-da-comunidade-lgbtqiapn-falam-de-significado-de-cada-letra-identidade-e-pertencimento.ghtml>. Acesso em: 21 set. 2024.

GELEDÉS, Instituto da Mulher Negra; CFEMEA, Centro Feminista De Estudos e Assessoria. **Racismo institucional**: uma abordagem conceitual. São Paulo 2012.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

GUERRA, Yolanda. O projeto profissional crítico: estratégias de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 5, v. 28, 2007, p.15.

GOHN, Maria da Glória. Movimentos sociais na contemporaneidade. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, v. 16, n. 47, p. 333–361, maio 2011.

HIRATA, Helena. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 61–73, jan. 2014.

HERINGER, Carolina Magalhães. **Controle da maternidade das mulheres negras**: ilustrações do caráter racista, patriarcal e capitalista sobre seus corpos. 2021. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2000, p.106-108.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2008. Cap. I.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2000. Parte II.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE (IEPS). Dados sobre raça/cor no DataSUS cresceram, mas registros são desiguais, aponta pesquisa CARE/IEPS. Disponível em: <https://ieps.org.br/dados-sobre-raca-cor-no-datasus-cresceram-mas-registros-sao-desiguais-aponta-pesquisa-care-ieps/>. Acesso em: 3 out. 2024.

KALCKMANN, Suzana; SANTOS, Claudete Gomes dos; BATISTA, Luís Eduardo; CRUZ, Vanessa Martins da. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 146–155, maio de 2007.

KALB, Christiane Heloisa Timm; SILVA, Raquel Cristini da. Interseccionalidade e violência de gênero dentro do lar: a luta das mulheres negras contra o racismo e o patriarcado no Brasil. **Revista Direito e Sexualidade**, Salvador, v. 4, n. 2, p. 121–146, 2023.

LAURENTI, Ruy; MELLO-JORGE, M. Helena P. de; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 23–30, jan. 2000.

LIMA, Márcia. Desigualdades raciais e políticas públicas: ações afirmativas no governo Lula. **Novos estudos CEBRAP**, n. 87, p. 90–92, jul. 2010.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, 2007.

LÓPEZ, Laura Cecilia. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, mar. 2012.

MELLO, Luiz; GONÇALVES, Eliane. Diferença e interseccionalidade: notas para pensar práticas em saúde. **Cronos**- Revista do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFRN, v. 11, n. 2, p. 163-173, 2010.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte / Achille Mbembe; traduzido por Renata Santini. São Paulo: N1 edições, 2018, p. 7.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do serviço social no Brasil pós-64. São Paulo: Cortez, 2009. Cap. II.

NETTO, José Paulo. Introdução ao método da teoria social. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

OSIS, Maria José Martins Duarte. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 14, p. 25–32, 1998.

OLIVEIRA, Fátima. **Saúde da População Negra: Brasil, ano 2001**. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Brasília, 2001.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. São Paulo: Brasiliense, 2009. Cap. I.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Cap. I.

RIBEIRO, Djamila. **Pequeno Manual Antirracista**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019. Cap. I.

RIBEIRO, Djamila. **Quem tem medo do feminismo negro?** São Paulo: Companhia das Letras, 2018. Cap. II.

ROCHA, Roseli da Fonseca. **A incorporação da temática étnico – racial no processo de formação em Serviço Social: avanços e desafios**. 2014. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

SARAIVA, Vanessa Cristina dos Santos; CAMPOS, Daniel de Souza. A carne mais barata do mercado é a carne negra: notas sobre o racismo e a violência obstétrica contra mulheres negras. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 28, n. 9, p. 511–517, set. 2023.

SILVA, Roberta Ribeiro da. **Mulheres negras, produção e interseccionalidade**. 2019. 152 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-Graduados em Ciências Sociais na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2019.

SILVA, Maria Nilza da. **A mulher negra: o preço de uma trajetória de sucesso**. 1999. 148 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.

SOUTO, Katia.; MOREIRA, Marcelo Rasga. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres**. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p.835 jul.-set. 2021.

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

WERNECK, Jurema; BATISTA, Luís Eduardo; LOPES, Fernanda (Org.). **Saúde da população negra**. Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. (Coleção Negras e Negros: Pesquisas e Debates).

VÁSQUEZ, Adolfo Sánchez. **Filosofia e Circunstâncias**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira 2002. Cap. I.