

SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E INDÍGENA

Rosa Cândida Cordeiro
Washington Luan Gonçalves de Oliveira
Fernando Vicentini
(Organizadores)



Saúde da população negra e indígena

REITOR

Fábio Josué Souza dos Santos

VICE-REITOR

José Pereira Mascarenhas Bisneto

SUPERINTENDENTE

Rosineide Pereira Mubarack Garcia

CONSELHO EDITORIAL

Ana Lúcia Moreno Amor

Josival Santos Souza

Luiz Carlos Soares de Carvalho Júnior

Maurício Ferreira da Silva

Paulo Romero Guimarães Serrano de Andrade

Robério Marcelo Rodrigues Ribeiro

Rosineide Pereira Mubarack Garcia (presidente)

Sirlara Donato Assunção Wandenkolk Alves

Walter Emanuel de Carvalho Mariano

SUPLENTE

Carlos Alfredo Lopes de Carvalho

Marcílio Delan Baliza Fernandes

Wilson Rogério Penteado Júnior

COMITÊ CIENTÍFICO

(Referente ao Edital nº. 002/2020 EDUFRB – Edital de
apoio à publicação de livros eletrônicos)

Maria da Conceição Costa Rivemales

Rosa Cândida Cordeiro

Washington Luan Gonçalves de Oliveira

Fernando Vicentini

EDITORA FILIADA À



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Rosa Cândida Cordeiro
Washington Luan Gonçalves de Oliveira
Fernando Vicentini
(Orgs.)

Saúde da população negra e indígena



Editora UFRB

Cruz das Almas - BA /Brasil - 2020

Copyright©2020, Rosa Cândida Cordeiro, Washington Luan
Gonçalves de Oliveira e Fernando Vicentini

Direitos para esta edição cedidos à EDUFRB.

Projeto gráfico e editoração eletrônica:

Antonio Vagno Santana Cardoso

Capa

Josilda Carmo Santos

Fonte das imagens da capa

Canva.com

A reprodução não-autorizada desta publicação, por qualquer meio, seja
total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

S255 Saúde da população negra e indígena / Organizadores:
Rosa Cândida Cordeiro, Washington Luan Gonçalves
de Oliveira e Fernando Vicentini. Cruz das Almas,
BA: EDUFRB, 2020.

282p.; il. . - (Coleção Pesquisas e Inovações
Tecnológicas na Pós-Graduação da UFRB; volume 2).

ISBN: 978-65-87743-41-7.

1. Política de saúde – Aspectos sociais. 2. População
– Negros – Índios. I. Universidade Federal do Recôncavo
da Bahia. II. Cordeiro, Rosa Cândida. III. Oliveira,
Washington Luan Gonçalves de. IV. Vicentini, Fernando.
V. Título.

CDD: 614.09

Ficha elaborada pela Biblioteca Central de Cruz das Almas - UFRB.
Responsável pela Elaboração - Antonio Marcos Sarmento das Chagas (Bibliotecário - CRB5 /
1615) & Neubler Nilo Ribeiro da Cunha (Bibliotecário - CRB5/1578)
(os dados para catalogação foram enviados pelo usuário via formulário eletrônico)



Editora UFRB

Rua Rui Barbosa, 710 – Centro
44380-000 Cruz das Almas – BA /Brasil

Tel.: (75) 3621-7672

editora@reitoria.ufrb.edu.br

www.ufrb.edu.br/editora

www.facebook.com/editoraufrb

Sumário

Apresentação

*Rosa Cândida Cordeiro, Washington Luan Gonçalves de Oliveira,
Fernando Vicentini,09*

PARTE I

A INTERSECCIONALIDADE GÊNERO E RAÇA

Desigualdades raciais e de gênero na pandemia do COVID-19

*Washington Luan Gonçalves de Oliveira, Rosa Cândida Cordeiro,
Ana Lúcia Barreto da Fonseca13*

Produção do cuidado à saúde de homens na Atenção Básica

*Nailza dos Santos Barbosa, Lorena Frigia de Assis Pedreira,
Nidiane Evans Cabral Bacelar, Maria da Conceição Costa Rivemales,
Djanilson Barbosa dos Santos29*

PARTE II

RELAÇÕES RACIAIS E SAÚDE PÚBLICA

Saúde das populações quilombolas: relatos de experiências

*Fernando Vicentini, Amália Nascimento do Sacramento Santos,
Ana Lúcia Moreno Amor, Glauber Andrade dos Santos,
Marcos Paulo Santos Passos55*

Atenção Básica e saúde da população negra

Maria Clara Carneiro Bastos, Edna Maria de Araújo81

A “arte da escuta”: entre tradições e novas epistemologias

Raquel Souza 107

PARTE III

RELAÇÕES RACIAIS: SEXUALIDADES E REPRODUÇÃO

Saúde reprodutiva de mulheres em contexto de ruralidade

*Amália Nascimento do Sacramento Santos, Rosa Cândida Cordeiro,
Fernando Vicentini 125*

Cor da pele e anemia em gestantes: coorte NISAMI <i>Lais Alves de Lima Prisco, Maria Carla de Jesus Souza, Djanilson Barbosa dos Santos</i>	141
Representações sobre a vivência da sexualidade de homens e mulheres com HTLV <i>Maria da Conceição Costa Rivemales, Mirian Santos Paiva</i>	161
O modo Guajajara de gestar e parir: ouvindo suas vozes <i>Dannielle Pinto Lima, István van Deursen Varga</i>	185
Avaliação do manejo integral das ISTs pelas equipes de saúde do DSEI-BA <i>Deysianne Gouveia Gomes, Maria da Conceição Costa Rivemales</i>	215

PARTE IV

RELAÇÕES RACIAIS E DESIGUALDADES SOCIAIS

A branquidade e a (des)racialização do estado brasileiro e suas desigualdades <i>Beatriz Borges Brambilla, Renan Vieira de Santana Rocha, Washington Luan Gonçalves de Oliveira, Rosa Cândida Cordeiro</i>	231
Saúde das populações negra e indígena: um olhar sobre os impactos do racismo <i>Denize de Almeida Ribeiro</i>	255
Saúde mental, vulnerabilidades e suicídio nas populações negra e indígena <i>Jeane Saskya Campos Tavares, Carlos Antonio Assis de Jesus Filho</i>	261
Sobre os autores	277

Apresentação

*Rosa Cândida Cordeiro
Washington Luan Gonçalves de Oliveira
Fernando Vicentini*

A ideia de organizarmos essa publicação nasceu da percepção da necessidade apresentada quando da construção da proposta de Mestrado Profissional em Saúde da População Negra e Indígena da UFRB. Diante disso, percebermos a produção ainda escassa sobre temáticas que contribuíssem para a construção de um quadro teórico nesta área e que fossem capaz de aprofundar o interesse de novos estudos e pesquisas que pudessem contribuir com a implementação de ações e políticas de saúde no campo da equidade racial. Assim, este livro procura trazer o resultado de estudos e pesquisas de docentes e discentes do referido curso, na busca de iniciarmos esse diálogo acadêmico a partir do que temos refletido e nos dedicado em nossas realidades.

Este livro se motiva e se inspira na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra (PNSIPN) brasileira, instituída a partir da Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, pois sabemos que desde então muitos esforços vêm sendo desenvolvidos para sua implementação, dentre estes investimentos, um dos principais seria a necessidade de ampliarmos a produção científica e a formação de profissionais do sistema de saúde com expertise, capazes de desenvolver as ações necessárias no campo da saúde da população negra e indígena, sendo uma resposta do Ministério da Saúde às desigualdades que acometem estas populações e o reconhecimento de que as suas condições de vida resultam de injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do país.

Inspira-se também na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada pelo Ministério da Saúde através

da Portaria 254 de 31 de janeiro de 2002, que tem como propósito garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos de maior magnitude e transcendência à saúde dos brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos a sua cultura, trazendo esses conhecimentos para que possam contribuir com a produção acadêmica sobre saúde e para fortalecer o princípio da equidade no SUS.

Para a construção desta publicação vários temas foram acionados num diálogo interdisciplinar constante, sendo este um princípio fundamental priorizado na construção deste livro, que atende ao objetivo de incentivar a produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra e indígena, como preconizam as políticas citadas.

Veja-se que, os capítulos 1 e 2 apresentam a especificidade de versarem sobre questões diretamente relacionadas a papéis de gênero. Os capítulos 3, 4 e 5 tratam, em seu conjunto, sobre profissionais/trabalhadores da saúde, políticas de saúde, vivências e processo formativo. Os capítulos 6, 7, 8, 9 e 10 tocam centralmente em noções e referenciais de sexualidade/reprodução. Os capítulos 11 e 12 levantam reflexões de cunho mais conceitual sobre o fenômeno do racismo e sobre os processos de desigualdades; o capítulo 13, que versa sobre saúde mental e suicídio, também poderia ser incluído na seção formada pelos capítulos 3,4 e 5, se admitir que a discussão se insere no debate sobre o racismo e seus efeitos nefastos.

Desta forma, os artigos aqui apresentados foram organizados nas seções: “A interseccionalidade gênero e raça”, “Relações Raciais e Saúde Pública”, “Relações Raciais: Sexualidades e Reprodução” e “Relações Raciais e desigualdades sociais”. Individualmente,

os capítulos abordam agravos prevalentes na população negra e indígena, a situação de saúde nas comunidades tradicionais quilombolas, as questões que envolvem a saúde mental da população negra e indígena e as doenças sexualmente transmissíveis, entre outros temas, questões que diante do racismo estrutural a que tais populações estão sujeitas tornam-se mais graves o acesso aos serviços, num repertório de ações em saúde que não leva em consideração os direitos e especificidades dessas populações.

Assim, esperamos que o leitor se engaje nas discussões, nas críticas e perceba nas entrelinhas as possibilidades de novos olhares, pesquisas e desdobramentos para quem sabe novas publicações sejam feitas.

PARTE I

WA INTERSECCIONALIDADE GÊNERO E RAÇA

Desigualdades raciais e de gênero na pandemia do COVID-19

*Washington Luan Gonçalves de Oliveira
Rosa Cândida Cordeiro
Ana Lúcia Barreto da Fonseca*

Introdução

O início do ano de 2020 nos trouxe uma demanda de saúde pública chamada COVID-19, que é uma doença causada pelo Coronavírus SARS-CoV-2. A taxa de transmissão é alta e fez com que a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificasse - a em pandemia, nos seus primeiros casos (OMS, 2020). Os quadros de saúde podem ser considerados assintomáticos (pessoas que não apresentam sintoma nenhum), em maioria de 80%, e 20% dos casos podem necessitar de hospitalização por apresentarem problemas respiratórios, sendo que desses casos hospitalizados, 5% podem necessitar de tratamento para insuficiência respiratória, a partir de suporte ventilatório (BRASIL, 2020).

A transmissão acontece de uma pessoa doente para outra, por contato próximo, através de aperto de mão, gotículas de saliva, espirro, tosse, secreções, objetos ou superfícies contaminadas e outras formas (BRASIL, 2020). No dia 3 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde do Brasil, a partir do gabinete do ministro, emitiu a Portaria nº 188 de 2020, que declarou emergência em saúde pública de importância nacional. A Portaria tinha como principal finalidade o favorecimento de medidas para que estados e municípios se preparassem para o enfrentamento da pandemia que se instalava no país.

O estado da Bahia, a partir do Decreto 19.529, de 16 de março de 2020, determinou que para o enfrentamento da emergência de saúde seriam adotadas medidas de isolamento e quarentena. O documento considera isolamento como a separação de pessoas e bens contaminados, transportes e bagagens no âmbito intermunicipal, mercadorias e outros, com o objetivo de evitar a contaminação ou a propagação do Coronavírus; e quarentena como a restrição de atividades ou a separação de pessoas suspeitas de contaminação das demais que não estejam doentes, ou ainda bagagens, contêineres, animais e meios de transporte, no âmbito de sua competência, com o objetivo de evitar a possível contaminação ou a propagação do vírus da covid-19.

Para além do isolamento e da quarentena foi realizado o distanciamento social, que é uma medida que restringe o convívio social, com o objetivo de evitar a propagação e/ou transmissão do Coronavírus. Na Bahia, os decretos visam o distanciamento social, o imediato isolamento dos infectados e suspeitos, a proibição de realização de eventos e de aulas presenciais e o distanciamento de pelo menos um metro entre as pessoas, enquanto os serviços de saúde monitoram diariamente o quadro de evolução da doença.

A pandemia tem gerado grandes desafios de saúde pública e revelado desigualdades sociais no mundo, sendo que no Brasil segue a mesma lógica. Popularmente é dito que a pandemia chegou um pouco depois ao Brasil, mas vale destacar que o país é estruturado pelo racismo e pelo machismo. Os acontecimentos coletivos convidam os cientistas sociais e da saúde a refletirem para além da descoberta de uma vacina, incluindo-se pensar em estratégias de minimização das violências sofridas pelos grupos oprimidos. Sendo assim, tornam-se mais fortes as discussões sobre as desigualdades de gênero e raciais, que afetam, sobretudo, as mulheres negras em tempos de pandemia.

As desigualdades raciais e de gênero têm afetado de forma significativa a vida das pessoas que carregam esses marcadores sociais em tempos de pandemia. Resta perguntar: a quem é direcionado o cuidado e a atenção em tempos de pandemia? E mais, quem realiza o cuidado durante a pandemia, majoritariamente? Desde o século XIX, a História nos informa que à mulher é dado o lugar do cuidado doméstico e ao homem é dado o lugar de prover a família e realizar o trabalho fora de casa. O Brasil, assim como o restante da América Latina, ainda carrega as marcas da colonização até os dias de hoje.

A discriminação racial e de gênero repercute significativamente de forma negativa no acesso das mulheres negras aos serviços individuais, como a renda, os bens e também os serviços coletivos, como os de saúde. Verificamos que pessoas brancas ganham quase o dobro diante de pessoas negras, quando analisamos a renda *per capita* brasileira – R\$ 1.846 contra R\$ 934. Vale destacar que, em 2018, os brancos ganhavam em média 73,9% a mais do que pretos ou pardos, e os homens ganhavam, em média, 27,1% a mais que as mulheres (IBGE, 2019).

Os papéis de gênero podem ser definidos como os modos de se comportar, que são atribuídos socialmente ao masculino e ao feminino (SCOTT, 1995). Esses papéis definem também o que é desempenhado por mulheres e homens em contextos familiares, sociais e profissionais, e resultam em desigualdades estruturais, favorecendo que homens ocupem muito mais vagas de trabalho no mercado formal em relação às mulheres. Por consequência, as mulheres enfrentam muitos desafios para conseguirem postos de trabalho formais e permanecerem neles. Desse modo, as mulheres têm menores rendimentos e estão mais sujeitas à informalidade do que os homens.

Os papéis de gênero e as categorias a eles relacionadas são complementares, superpostos, pertencendo a um mesmo modo de

funcionamento social (ZANELLO; BUKOWITZ, 2011). Esses papéis hoje vão muito além do sexo determinado pelo biológico ou pelas genitálias. Gênero é um conceito amplo, social e de autodeterminação. O Conselho Federal de Psicologia (CFP), a partir da Resolução 01/2018, traz o significado de gênero no Artigo 7, parágrafo único: “as psicólogas e os psicólogos, na sua prática profissional, reconhecerão e legitimarão a autodeterminação das pessoas em relação as suas identidades de gênero” (CFP, 2018, p. 2). Nesse sentido, todas e todos performam gênero, nos mais simples detalhes, como vestimentas, acessórios, formas de falar, sentir e outras maneiras.

Falar de desigualdades de gênero e raça, considerando a interseccionalidade, é importante pela dimensão complexa de duplas opressões. Os homens brancos são maioria nos espaços de poder, e esses não são lugares naturalmente deles, são espaços construídos a partir do processo de escravização (RIBEIRO, 2019). Djamila Ribeiro defende também o olhar interseccional, quando apresenta a obra “Mulheres, raça e classe”, de Angela Davis (2016), na qual afirma que a autora mostra a necessidade da não hierarquização das opressões, ou seja, o quanto é preciso considerar a intersecção de raça, classe e gênero para possibilitar um novo modelo de sociedade.

Vale destacar que a palavra interseccionalidade, muito utilizada atualmente, tem origem entre as feministas negras. Os feminismos negros, portanto, denunciam que assim como o sexismo posiciona a mulher de forma subordinada na sociedade, o racismo também o faz, quando interseccionado com os demais marcadores sociais (ASSIS, 2019). O marcador de gênero acaba sendo o único, quando falamos de mulher, mas é necessário um olhar interseccional que inclua a raça e que dimensione grande parte do “efeito direto” da escravidão no comportamento do mercado de trabalho, operando com baixa renda familiar *versus* riqueza, a partir do local de nascimento, gerando distintas experiências de educação e estrutura familiar (BOUSTAN; COLLINS, 2013).

Falar de mulheres negras é trazer evidências do papel que elas exercem na sociedade, em toda a estruturação das relações de opressão e subordinação. Seus corpos são utilizados de todas as formas, dentre elas, na apropriação e desvalorização de seu trabalho, próprio da contradição entre capital e trabalho (MADEIRA; GOMES, 2018).

Um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em parceria com a Organização das Nações Unidas (ONU), a partir da ONU Mulheres, publicado no ano de 2017, visou mostrar as desigualdades de gênero e raça em 20 anos. Este estudo trouxe dados importantes acerca das mulheres, relações de gênero e relações raciais: as mulheres trabalham em média 7,5 horas a mais que os homens por semana. Em 2015, a jornada total média das mulheres era de 53,6 horas, enquanto que a dos homens era de 46,1 horas. Em relação às atividades não remuneradas, mais de 90% das mulheres declararam realizar atividades domésticas. Os homens brancos têm os melhores rendimentos, seguidos de mulheres brancas, homens negros e mulheres negras. Mulheres negras eram 18,3% da categoria de trabalhos formais em 1995, e chegaram a 31,7% em 2015. O emprego doméstico ainda era a ocupação de 18% das mulheres negras e de 10% das mulheres brancas no Brasil, em 2015 – não há relatos de homens em empregos domésticos neste relatório. As famílias chefiadas por mulheres solas são majoritariamente negras, com 55,47%.

Os resultados desse levantamento demonstram a necessidade urgente de pensar no longo processo de marginalização vivenciado pelas mulheres negras no Brasil, e como isso pode ter afetado suas percepções e práticas em relação à participação feminina no mercado de trabalho (SIMÃO, 2019). A mulher negra ocupa em maior parcela o trabalho doméstico, como efeito do racismo estrutural brasileiro e do modelo colonizador que ressalta o lugar a que pertence a mulher negra, o lugar do cuidado, do trabalho

doméstico e da subalternidade. As relações de gênero são relações de poder, e na interseccionalidade com a raça formam um campo de força ainda mais excludente, apontando a necessidade de ações de políticas públicas e de reparação social para descristalizar esses pensamentos racistas e excludentes.

As consequências da pandemia foram mais pesadas para as mulheres em diferentes aspectos, no aumento da violência doméstica, nos baixos salários, na perda dos empregos remunerados e conseqüentemente com as escolas foram fechadas, as crianças e adolescentes foram mantidos em casa, e já que o cuidado culturalmente está associado à figura da mulher, ela assumiu mais uma atividade, intensificando sua sobrecarga. Diante do exposto, este capítulo tem o objetivo de refletir sobre como as desigualdades de gênero e raça se revelam ainda mais complexas durante a pandemia na perspectiva da saúde de mulheres negras.

Método

Para descrever como as desigualdades de gênero e raça ficam ainda mais evidentes durante a pandemia, vamos apresentar uma parte do questionário de um projeto aplicado pelo Núcleo de Comportamento, Desenvolvimento e Cultura (NCDC) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) às famílias com crianças em idade escolar, do segmento da Educação Infantil e do Ensino Fundamental I, que participaram de um levantamento sobre aulas e atividades escolares na modalidade *online* no período de isolamento social, devido à pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19).

O levantamento utilizou um questionário virtual aberto com 30 (trinta) questões. Cada participante teve acesso a um Termo de Consentimento Livre e Evidenciado virtual, composto por uma página de evidências sobre o levantamento, além da solicitação de autorização para o uso dos dados. Com a finalidade de apresentar o

estudo neste capítulo, utilizaremos os dados sobre: (1) sexo; (2) raça; (3) estado civil; (4) quantas filhos/crianças em casa?; (5) quem é/são a(s) pessoa(s) que ajuda(m) à(s) criança(s) nas atividades escolares fora da sala virtual?; e (6) quanto tempo duram as atividades de aulas *online*?

Resultados e discussões

A amostra da pesquisa foi composta por 108 pessoas, sendo 88,9% mulheres e 11,1% homens. No que diz respeito à autodeclaração racial, 62% informaram que são negras, seguidas de 35,2% brancas, as pessoas amarelas representaram 1,8% da amostra e as indígenas 1%. Sobre o estado civil, 54,6% informaram serem casadas, seguidas de 20,4% solteiras, as divorciadas representaram 17,6% e 7,4% responderam “outro”. Quando questionadas sobre o número de filhos/crianças dentro de casa, 46,3% das pessoas afirmaram ter duas crianças; 44,4% responderam ter uma criança, 6,5% informaram ter três e 2,8% disseram ter quatro ou mais crianças em casa.

A partir desses dados, podemos discutir como a COVID-19 modificou a rotina dentro das casas, transformando mesas de cozinha em escritórios, quartos em salas de aula e ampliando as inúmeras tarefas domésticas que são realizadas pelas mulheres, sobretudo as mulheres negras. São os trabalhos invisíveis que mantêm durante séculos a vida familiar e, com o isolamento social, esses trabalhos ficaram mais evidentes, pois a nossa cultura ainda opera no modelo da dona de casa e o chefe de família. Mulheres negras “[...] carregam o fardo duplo de trabalho para sobreviver e de servir ao marido e a suas crianças, as mulheres negras há muito, muito tempo precisam ser aliviadas dessa situação opressiva” (DAVIS, 2016, p. 244).

Quando perguntado no nosso questionário o tempo que duram as atividades de aulas *online* para as crianças, 38,9% dos participantes responderam uma hora, 26,9% informaram duas horas,

13% de crianças ficam três horas ocupadas com as aulas *online*, enquanto 15,4% responderam que as crianças ficam quatro horas e 5,6% disseram que as crianças ficam cinco horas ou mais. De acordo com os entrevistados o turno que prevalecem as atividades remotas escolares é o da manhã, sendo que é nesse horário que se configura a maior demanda de atividades domésticas, como cozinhar e arrumar o ambiente de moradia.

Pesquisadores do Boston Consulting Group, que entrevistaram mais de 3.000 pessoas nos Estados Unidos, Grã-Bretanha, Itália, Alemanha e França, revelam que as mulheres que trabalham atualmente gastam em média 15 horas por semana a mais com o trabalho doméstico não remunerado do que os homens na pandemia. Na Austrália, os resultados provisórios de uma pesquisa da Universidade de Melbourne sugerem que, em famílias com crianças, os pais passam seis horas extras por dia cuidando e supervisionando-as, já as mulheres ocupam mais de dois terços desse tempo.

Esse padrão ocorre independente da renda. Pesquisas realizadas nas universidades de Oxford, Cambridge e Zurique, durante os meses de março e abril de 2020, apontam que as mulheres trabalhadoras no Reino Unido, Alemanha e Estados Unidos realizavam mais cuidados infantis e educação em casa, em todos os escalões salariais, em comparação aos homens. A diferença ficou ainda mais ampla entre os casais em que o homem trabalhava fora de casa durante a pandemia.

Esses dados revelam como as mulheres são afetadas de forma brutal durante a pandemia do Novo Coronavírus, quando a função de cuidadora ficou mais evidente. São elas que estão em casa cuidando das crianças, dos idosos, saindo para trabalhar como empregadas domésticas e na linha de frente dos hospitais (enfermeiras, auxiliares e técnicas), cuidando dos adoecidos.

Existe ainda o sofrimento da carga mental, a responsabilidade em manter tudo funcionando e o que é preciso ser organizado

mentalmente por essas mulheres. Seguindo esse contexto, fazem parte dessas atividades: a organização, o planejamento, os compromissos, os horários, os aniversários, dentre outras demandas que mantêm os laços familiares e de amizade. Parte dessa carga mental está associada ao trabalho emocional. Entretanto, como as pessoas não veem esse trabalho, ele não é valorizado.

A ONU mulheres emitiu uma nota sobre as ações de enfrentamento à COVID-19 (2020), na qual alertava sobre a necessidade de considerar condições de vida e saúde das pessoas negras em tempos de pandemia. Diante disso, faz-se necessário pensar estratégias de equidade relacionadas à saúde, pois o surto se associa às condições desiguais determinadas pelo racismo estrutural e institucional que afeta diretamente a população negra, já que este grupo tem menos acesso aos serviços de saúde, está em maior proporção entre as populações vulneráveis e na pandemia vivencia ainda mais a ausência do Estado (GOES; RAMOS; FERREIRA, 2020).

A ONU mulheres traz ainda um alerta sobre as condições de vida de mulheres negras frente à pandemia. Vale destacar que mesmo após as recomendações da ONU, estados como Pernambuco e Pará consideraram o trabalho doméstico como serviço essencial, expondo mulheres negras, especialmente, e seus familiares ao adoecimento por COVID-19. Isso reafirma como o racismo se estrutura na sociedade brasileira, mantendo privilégios, enquanto é negada a cidadania a negros e negras (NOGUEIRA, 2017).

A cidadania que é negada às mulheres negras se destaca a partir de casos como a primeira morte por COVID-19 no estado do Rio de Janeiro. A vítima foi uma mulher negra que trabalhava como empregada doméstica para uma mulher branca infectada pela doença¹. Situação muito semelhante aconteceu na Bahia, quando

1 "Governo do RJ confirma a primeira morte por Coronavírus". G1 Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/03/19/rj-confirma-a-primeira-morte-por-coronavirus.ghtml>. Acesso em: 14 jul. 2020.

uma mulher negra de 42 anos, trabalhadora doméstica, moradora de Feira de Santana, cidade que está localizada a cerca de 100 km de Salvador, se contaminou ao ter contato com sua patroa que tinha retornado da Itália². A empregada doméstica transmitiu o vírus para sua mãe, sendo que foi o terceiro caso registrado no estado da Bahia³. A mulher negra, “[...] Enquanto empregada doméstica, sofre um processo de reforço quanto à internalização da diferença, da subordinação e da ‘inferioridade’ que lhe seriam peculiares” (GONZALEZ, 1988, p. 983).

Condições de trabalho foram e são desiguais por questões de gênero, mas, além disso, por questões de raça. Esses casos mostram o retrato brasileiro, no qual o Novo Coronavírus não aplica distinção entre os corpos que serão infectados, porém a estrutura social não garante condições equânimes para os efeitos desse vírus. Efeitos esses que não serão iguais em uma sociedade como a brasileira, com marcas de privilégios, vidas invisibilizadas e negação de direitos. A forma de letalidade da pandemia segue nos modelos estruturais classistas, racistas e sexistas. Não se trata de casos isolados, nem de condições unicamente de classe, e sim como a população negra vem sendo subjugada, violentada e criminalizada para atender aos interesses sociais e econômicos das classes dominantes (NOGUEIRA, 2017).

As mulheres negras seguem na linha de frente sendo exploradas para a manutenção dos privilégios brancos. Além disso, o racismo também condiciona a adoção de medidas preventivas contra a COVID-19, pois o distanciamento social não é um privilégio de

2 “Secretaria de Saúde confirma 2º caso de Coronavírus na Bahia; paciente teve contato com 1º caso”. G1 Bahia, 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/2020/03/07/secretaria-de-saude-confirma-2o-caso-de-coronavirus-na-bahia-paciente-teve-contato-com-1-caso.ghtml>. Acesso em: 14 jul. 2020.

3 “Mãe de doméstica infectada é terceiro caso confirmado de Coronavírus na Bahia”. Jornal Correio, 2020. Disponível em: <https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/mae-de-domestica-infectada-e-terceiro-caso-confirmado-de-coronavirus-na-bahia/>. Acesso em: 14 jul. 2020.

todos, em especial no Brasil, visto que, negras e negros representam a maioria dos trabalhadores informais (GOES; RAMOS; FERREIRA, 2020).

Trazer o recorte racial para analisar a pandemia nos faz verificar como em situações de crise a população negra é a mais afetada, tanto no que se refere à sobrecarga de trabalho e à manutenção das medidas preventivas quanto ao perfil das vítimas. As regiões mais pobres dos centros urbanos, onde existem as maiores dificuldades em se manter em isolamento social, correspondem às áreas onde tem havido o maior número de mortes pela COVID-19.

Nesse sentido, o isolamento social passou a ser um privilégio para uma camada da população que pode ficar em casa, entretanto, essa não é a realidade para 11,6 milhões de desempregados. No Brasil, durante a pandemia, ficou constatado que 38 milhões de pessoas estão atuando no mercado informal (IBGE, 2019), sendo que 46 milhões estavam invisíveis aos olhos do governo, e apareceram após o cadastro para o recebimento do auxílio emergencial, sendo que estas pessoas não se enquadravam nas regras do benefício e não estavam em nenhum cadastro oficial fazendo parte desse grupo estão desempregados, autônomos, trabalhadores informais, pessoas que perderam seus empregos durante a pandemia e que não possuem conta bancária.

Essas condições de trabalho foram edificadas em um projeto de Estado-Nação que insiste no processo de branqueamento, considerando que a miscigenação extremada significava a degenerescência, impedindo a evolução e o desenvolvimento do Brasil (MADEIRA; GOMES, 2018).

É certo que as lutas contra o racismo e as desigualdades de gênero não se restringem aos problemas enfrentados durante esta pandemia, mas é preciso apontar como no cenário atual essas vulnerabilidades apresentam consequências devastadoras. No atual contexto de desorganização econômica e política em que vivemos

no país, cabem intervenções governamentais que prezem pelo interesse coletivo. Teremos, com o avanço da pandemia, o aumento das desigualdades sociais e a necessidade de o Estado garantir as necessidades básicas, com equidade e objetivando manter a dignidade das pessoas e diminuir as desigualdades raciais e de gênero.

Considerações finais

A sociedade capitalista marca significativamente a subjetividade das pessoas, sendo que neste capítulo discutimos sobre questões de gênero, através de um recorte racial. A mulher segue, durante a pandemia, realizando atividades domésticas de forma intensa. Os serviços domésticos são associados aos cuidados de filhos e serviços profissionais em *home office*. A maioria das atividades é realizada no turno da manhã, quando as mulheres desempenham a maior parte dos serviços domésticos. Ainda assim, existem àquelas para quem não é possível o distanciamento social, tendo que continuar atuando enquanto empregadas domésticas para suprir os privilégios brancos, reforçados no modelo classista do capital.

As desigualdades sociais produzidas pela pandemia do Novo Coronavírus são altamente danosas às mulheres, especialmente se observamos sob o viés da interseccionalidade de gênero, raça e classe. Sugerimos novas pesquisas que tragam o lugar de fala das mulheres, em especial das mulheres negras, que vivenciam na pele diversas violências que hoje aparecem na mídia, e como destacado neste capítulo, não são casos isolados. Quantas mulheres negras precisarão vivenciar o luto da perda de seus filhos, familiares e também perderão a própria vida para que as políticas públicas de reparação social compreendam que os processos de relações raciais precisam ser efetivamente equânimes?

Este cenário caótico, sexista e racista nos leva a outro questionamento: como ficarão as mulheres negras após a pandemia?

A pandemia, na conjuntura social e política do Brasil atual é um modelo de extermínio da população negra. Por fim, devemos exigir dos governantes políticas de equidade de gênero, raça e classe.

Referências

ASSIS, Dayane N. Conceição de. **Interseccionalidades**. Salvador: UFBA, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências; Superintendência de Educação a Distância, 2019.

BAHIA. Governo do Estado. Decreto nº 19.529, de 16 de março de 2020. **Diário Oficial do Estado da Bahia**, 17 mar. 2020. Disponível em: <http://www.legislabahia.ba.gov.br/documentos/decreto-no-19529-de-16-de-marco-de-2020#:~:text=Regulamenta%C3%A2ncia%20no%20Estado%20da%20Bahia,import%C3%A2ncia%20internacional%20decorrente%20do%20coronav%C3%ADrus>. Acesso em: 8 jul. 2020.

BOUSTAN, Leah; COLLINS, William. The Origins and Persistence of Black-White Differences in Women's Labor Force Participation. **Revista National Bureau of Economic Research**, Massachusetts Avenue Cambridge, 2013. Disponível em: <https://www.nber.org/papers/w19040.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 188, de 03 de fevereiro de 2020. **Diário Oficial da União**. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>. Acesso em: 6 jul. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Sobre a doença**. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>. Acesso em: 8 jul. 2020.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Estudo mostra desigualdades de gênero e raça em 20 anos**. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=29526. Acesso em: 8 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução n. 01/2018. [Estabelece normas de atuação para as psicólogas e dos psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis]. **Conselho Federal de Psicologia**, Brasília, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/2018/01/Resolucao-CFP-01-2018.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2020.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. Tradução de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016.

GOES, Emanuelle F.; RAMOS, Dandara O.; FERREIRA, Andrea J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020, e00278110. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00278.

GONZALEZ, Lélia. Por um feminismo afrolatinoamericano. **Revista Isis Internacional**, Santiago, v. 9, p. 133-141, 1988.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101678.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). **Mulheres são maioria na Educação Superior brasileira**, 2018. Disponível em: http://portal.inep.gov.br/artigo/-/asset_publisher/B4AQV9zFY7Bv/content/mulheres-sao-maioria-na-educacao-superior-brasileira/21206. Acesso em: 10 jul. 2020.

MADEIRA, Zelma; GOMES, Daiane Daine de Oliveira. Persistentes desigualdades raciais e resistências negras no Brasil contemporâneo. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 133, p. 463-479, set./dez. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282018000300463&lng=en&nrn=iso&tlng=pt#B14. Acesso em: 8 jul. 2020.

NOGUEIRA, Fábio. Governo Temer como restauração colonialista. **Le Monde Diplomatique Brasil**, Rio de Janeiro, p. 4-5, 9 jan. 2017.

Disponível em: <https://diplomatie.org.br/governo-temer-como-restauracao-colonialista/>. Acesso em: 23 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS MULHERES. Ações de enfrentamento à pandemia devem considerar condição de vida e saúde de negras e negros, diz sanitarista à ONU Mulheres Brasil. **ONU Mulheres Brasil**, 2020. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/noticias/acoes-de-enfrentamento-a-pandemia-devem-considerar-condicao-de-vida-e-saude-de-negras-e-negros-diz-sanitarista-a-onu-mulheres-brasil/>. Acesso em: 10 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19): Interim guidance** [Internet]. Geneva (CH), 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331299>. Acesso em: 8 jul. 2020.

RIBEIRO, Djamila. **Pequeno manual antirracista**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Revista Educação & Realidade**, v. 15, n. 2, p. 71-99, 1995. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>. Acesso em: 2 jul. 2020.

SIMÃO, Andréa Branco. Entre o ideal e o real: percepções e práticas acerca da divisão de atividades domésticas e de cuidados no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 36, e0078, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982019000100500&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 jul. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP). Mulheres são minoria entre reitores e nas bolsas de pesquisa mais prestigiadas. **UNIFESP**, 2020. Disponível em: <https://www.unifesp.br/noticias-antiores/item/3169-mulheres-sao-minoria-entre-reitores-e-nas-bolsas-de-pesquisa-mais-prestigiadas>. Acesso em: 10 jul. 2020.

ZANELLO, Valeska; BUKOWITZ, Bruna. Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados. **Revista Labrys Estudos Feministas**, v. 20-21, p. 20-21, 2011. Disponível em: <https://www.labrys.net.br/labrys20/brasil/valeska.htm>. Acesso em: 8 jul. 2020.

Produção do cuidado à saúde de homens na Atenção Básica

*Nailza dos Santos Barbosa
Lorena Frigia de Assis Pedreira
Nidiane Evans Cabral Bacelar
Maria da Conceição Costa Rivemales
Djanilson Barbosa dos Santos*

Introdução

O sistema de saúde no Brasil é organizado de forma a privilegiar os grupos tidos como frágeis perante a sociedade. A Atenção Básica insere esses grupos através de programas de saúde, que são sempre materno-infantil, desmerecendo a atenção integral à saúde do homem (SILVA et al., 2012).

Estudos demonstram que as mulheres buscam os serviços de saúde para prevenção e promoção do seu bem-estar mais que os homens, o que pode ser explicado pelos diferentes papéis que homens e mulheres assumem na sociedade, visto que, a mulher é tida como o sexo mais frágil e que necessita de cuidados e os homens com uma imagem viril, de provedor que não adocece. Um homem buscando o serviço de saúde ameaça toda a sua virilidade, fazendo com que sua masculinidade seja atingida (COSTA, 2014).

A questão de gênero dificulta a adesão dos homens à atenção primária de saúde, por ser uma questão histórica e cultural que influencia em todos os âmbitos, inclusive, na busca por hábitos saudáveis de vida, fazendo com que eles não assumam comportamentos preventivos, nem busquem os serviços de saúde, demonstrando que a masculinidade hegemônica traz danos à saúde masculina. Devido a isso, a busca pelos serviços de saúde só é realizada mediante agravos de enfermidades, fazendo com que

busquem diretamente as especialidades deixando claro o porquê a presença dos homens na atenção básica é tão inabitual (SOLANO et al., 2017).

Tendo em vista os altos índices de morbimortalidade masculina resultante principalmente das doenças crônicas não transmissíveis como, hipertensão arterial (HAS), diabetes mellitus (DM), alcoolismo, tabagismo, sedentarismo, dentre outras, debates políticos foram realizados (NETO et al., 2013).

Pensando nisso, o Ministério da Saúde criou em 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que leva em consideração os aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos visando a população masculina entre 20 a 59 anos, objetivando qualificar, a assistência à saúde do homem e a Atenção Básica para a promoção de saúde e prevenção de agravos (SCHWARZ et al., 2012).

O profissional enfermeiro pertencente a equipe multiprofissional que integra a atenção básica, porta de entrada para o sistema de saúde, apresenta papel fundamental na saúde do homem devido a sua prática de assistência, prevenção e promoção da saúde (ALBUQUERQUE et al., 2014).

Sendo assim, enfermagem é uma ciência que cuida do ser humano, de forma holística, visando o cuidado integral. Partindo desta tese, a enfermagem na atenção básica está mais próxima do homem, apropriando-se das necessidades de saúde dos indivíduos, tanto de promoção quanto de prevenção, tendo assim, um importante papel na sua localidade. Logo, sendo necessário uma reflexão de suas ações, não só biológicas, mas as que conduzam os homens à saúde (COSTA, 2014).

Levando-se em conta a baixa adesão dos homens ao serviço de saúde, o aumento da morbimortalidade masculina devido ao seu comportamento social, a própria cultura machista e o papel de destaque do enfermeiro na Atenção Básica de Saúde, emerge

a pergunta que direciona essa investigação: Quais as intervenções em enfermagem direcionadas à produção do cuidado à saúde de homens na Atenção Básica?

Nesse sentido, torna-se indispensável compreender as intervenções de enfermagem direcionadas à saúde do homem na Atenção Básica, pois elas se constituem como o nível de maior acessibilidade e o primeiro contato da população com o serviço de saúde, seja no âmbito municipal, estadual ou federal. Portanto, o presente estudo objetiva descrever as intervenções em enfermagem direcionadas à produção do cuidado à saúde de homens na Atenção Básica.

Metodologia

O presente artigo utiliza como método a revisão integrativa da literatura, que possui finalidade de sintetizar os resultados já pesquisados, reunir e resumir o conhecimento científico anteriormente produzido a respeito do tema investigado, compreendendo assim, os estudos relacionados à pergunta de investigação que guia esta pesquisa.

Para elaborar esta revisão integrativa foram percorridas as devidas etapas: definição da pergunta investigação (problema) e objetivo da pesquisa; seleção da amostra (critérios de inclusão e exclusão); pesquisa da literatura; análise e agrupamento dos estudos, apresentação e discussão dos resultados (CROSSETTI, 2012).

Para nortear a pesquisa, formulou-se a seguinte pergunta: O que foi produzido na literatura a respeito das intervenções em enfermagem direcionadas à produção do cuidado à saúde dos homens na Atenção Básica?

A coleta dos dados foi realizada de julho a agosto de 2017. A busca das publicações foi feita nas seguintes bases de dados: Base de Dados em Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na biblioteca eletrônica

Scientific Electronic Library Online (SciELO). Elegeu-se estas bases de dados por serem referências técnico-científicas brasileiras em enfermagem e por possuírem periódicos conceituados na área da saúde. Os descritores utilizados foram Saúde do homem, Atenção Básica, Intervenções de enfermagem. Os critérios de inclusão utilizados foram: trabalhos que abordassem as intervenções de enfermagem direcionadas à produção do cuidado à saúde dos homens na Atenção Básica, publicados em inglês, português ou espanhol em formato de artigos, dissertações e teses, disponíveis na íntegra, a partir do ano 2011. Como critérios de exclusão: trabalhos que não apresentassem resumos na íntegra sobre as bases de dados pesquisadas.

Foi elaborado um instrumento para a coleta de informações com a finalidade de responder à pergunta investigação, composto pelas seguintes informações: título, autores, ano de publicação, objetivo do estudo e principais resultados. Mediante leitura das pesquisas selecionadas, foi realizada a análise e discussão dos resultados.

Resultados e discussões

Foram identificados 35 estudos que após uma análise minuciosa, ficou constatado que 18 se adequaram aos critérios de inclusão e 17 foram excluídos por não atenderem aos critérios. Desta forma, totalizou-se uma amostra final de 18 estudos.

Em relação ao ano de publicação, verificou-se um predomínio de estudos no ano de 2014 com 6 estudos, seguido por 2013 com 5 estudos. Sobre a autoria dos estudos, observou-se que em todos houveram a participação de mulheres e destes 10 foram publicados exclusivamente pelo sexo feminino.

Em se tratando do objetivo do estudo, todos os artigos abordaram a respeito das intervenções em enfermagem direcionadas ao cuidado à saúde de homens na Atenção Básica.

Com relação aos principais resultados, 14 estudos apontaram que as ações voltadas à saúde do homem como educação em saúde, visita domiciliária, capacitação da equipe, acolhimento e humanização são as intervenções de enfermagem mais utilizadas e relataram a existência de dificuldades e limitações para o cuidado, baseada na baixa procura dos homens aos serviços de saúde, devido ao trabalho, recursos incipientes por parte das unidades e falta de treinamento da equipe da atenção básica para lidar com este público.

QUADRO 01 - Distribuição de artigos por títulos, autores, ano, classificação, base de dados, objetivos e principais resultados.

Título	Autores	Ano	Classificação	Base de dados	Objetivo do Estudo	Principais Resultados
Atendimento de Enfermagem A Saúde Do Homem Na Estratégia Saúde Da Família	Ingrid Mikaela Moreira de Oliveira, Cleide Correia de Oliveira	2014	Artigo	SciELO	Identificar como se dá o atendimento de enfermagem à saúde do homem na Estratégia Saúde da Família – ESF, do ponto de vista dos usuários do sexo masculino e das enfermeiras que atuam neste serviço.	A educação em saúde como ferramenta de cuidar; Ausência de assistência específica para o homem; Dificuldades e limitações no atendimento à saúde do homem.

A Atenção À Saúde Do Homem: Ações E Perspectivas Dos Enfermeiros	Elizangela Nunes de Santanal; Emyliane Maria de Medeiros Limall; Jorge Luís Fernandes Bulhões; Estela M ^a Leite Meirelles Monteiro; Jael Maria de Aquino	2011	Artigo	SciELO	Analisar a percepção, as ações e as perspectivas dos enfermeiros(as) que atuam na ESF quanto à atenção à saúde do homem, visando à promoção, à proteção e à recuperação da saúde dessa população.	Prática da educação em saúde aparece como um caminho integrador do cuidar, de modo a garantir os princípios da equidade e universalidade do SUS. Práticas de promoção e prevenção de saúde;
Saúde Do Homem: Atuação Do Enfermeiro	Silvana Dias Clarindo da Costa	2014	Monografia	SciELO	Divulgar, por meio de uma revisão bibliográfica, a importância da atuação do enfermeiro na Atenção Básica, no contexto da saúde do homem.	Realizar consultas de enfermagem; Educação em saúde; Orientação Humanização
O Homem Na Atenção Básica: Percepções de Enfermeiros Sobre As Implicações Do Gênero Na Saúde	Grayce Alencar Albuquerque, Mônica Fonseca Leite, Jameson Moreira Belém, Jeane Fonsêca Cavalcanti Nunes, Marcelo Alves de Oliveira, Fernando Adami	2014	Artigo	SciELO	Compreender a percepção de enfermeiros sobre as implicações das questões de gênero na saúde do homem e na oferta de serviços a este público.	Educação permanente; Educação em saúde.

<p>A Saúde Do Homem Na Visão Dos Enfermeiros De Uma Unidade Básica De Saúde</p>	<p>Patricia Alves dos Santos Silva; Monique de Sousa Furtado; Aline Borges Guilhon; Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza; Helena Maria Scherlowski Leal David</p>	<p>2012</p>	<p>Artigo</p>	<p>Scielo</p>	<p>Conhecer e analisar a visão dos enfermeiros em relação ao atendimento à saúde do homem.</p>	<p>Capacitação para os profissionais de saúde; Educação em saúde; Assistência de enfermagem</p>
<p>Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento</p>	<p>Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti, Jocelly de Araújo Ferreira, Amanda Haissa Barros Henriques, Gilvânia Smith da Nóbrega Morais, Janaína Von Sohsten Trigueiro, Isolda Maria Barros Torquato</p>	<p>2014</p>	<p>Artigo</p>	<p>Scielo</p>	<p>Conhecer as necessidades de saúde, identificar os obstáculos que impedem o atendimento das necessidades de saúde do homem e apresentar as estratégias de enfrentamento para uma assistência integral e humana a um grupo de homens.</p>	<p>A humanização em saúde; Acolhimento; Comunicação; Vínculo.</p>

<p>Trabalho Do Enfermeiro Na Atenção À Saúde Do Homem No Território Da Estratégia Saúde Da Família</p>	<p>Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto, Ana Elza Fontenele Rocha, Maria Socorro Carneiro Linhares, Eliany Nazaré Oliveira</p>	<p>2013</p>	<p>Periódico</p>	<p>SciELO</p>	<p>Analisar o trabalho do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família (ESF) à luz da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.</p>	<p>O trabalho do enfermeiro na atenção ao homem varia entre consultas de enfermagem, visitas domiciliares, ações educativas em datas comemorativas e em grupos, educação em saúde nas escolas, pedidos de exames, encaminhamentos, atendimento à criança, ao adolescente, ao adulto e ao idoso, cuidado preventivo, acompanhamento de doenças e Saúde do Homem.</p>
<p>Atenção à Saúde Do Homem: Uma Reflexão Sobre a Práxis do Enfermeiro Na Estratégia Saúde Da Família</p>	<p>Ladjane Barbosa Armede Wilson Dantas Da Silva</p>	<p>2011</p>	<p>Monografia</p>	<p>SciELO</p>	<p>Analisar os fatores que facilitam e/ou dificultam a práxis do enfermeiro que atua no Programa da Saúde da Família frente à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.</p>	<p>Sensibilizar a população masculina quanto à necessidade de ter uma boa saúde; Sala de espera com palestras; Treinamentos com a equipe de atendimento; Educação continuada; Realizar atividades fora da UBS.</p>

<p>Ação Do Enfermeiro No Atendimento a Necessidades De Saúde Do Homem Na Estratégia Saúde Da Família</p>	<p>Caroline Oliveira De Castro</p>	<p>2012</p>	<p>Dissertação</p>	<p>Scielo</p>	<p>Apontar as ações desenvolvidas pelos Enfermeiros ao atender o usuário do sexo masculino na Estratégia Saúde da Família; compreender a ação do Enfermeiro ao atender o usuário do sexo masculino e a analisar as ações do Enfermeiro no contexto das políticas de atenção à Saúde do homem.</p>	<p>Grupos de HIP e DM; Demanda espontânea; Visita domiciliar; Planejamento familiar; Busca ativa; Consulta/ orientações sobre temas específicos; Ações preventivas.</p>
<p>Saúde do homem no âmbito da assistência de enfermagem</p>	<p>Maria das Graças Laurentino Silva; Ana Lúcia Teixeira de Lima, Luzinete Nascimento da Silva Flôr, Léa Cristina Almeida Reul, Iaponira Cortez Costa de Oliveira</p>	<p>2015</p>	<p>Artigo</p>	<p>Scielo</p>	<p>Compreender a saúde do homem no âmbito da assistência de enfermagem.</p>	<p>Ações educativas inclusivas priorizando as especificidades da população masculina; Reorganizar o atendimento de forma fácil; Minimizar a burocracia a fim de incluí-los no processo de valorização do cuidar de si mesmo.</p>

<p>O papel do enfermeiro na promoção à saúde do homem: o contexto das unidades básicas de saúde da cidade de Macaíba/RN</p>	<p>Elizabeth Aline Ferreira Bezerra; José Jailson de Almeida Júnior.</p>	<p>2014</p>	<p>Artigo</p>	<p>Scielo</p>	<p>Descrever o papel do enfermeiro na promoção da saúde do homem.</p>	<p>Capacitar e aperfeiçoar os agentes comunitários de saúde - ACS para trabalhar com a população masculina; promoção à saúde do homem através da educação em saúde; ações concretas, e não apenas o discurso teórico da política de saúde do homem</p>
<p>Promoção e prevenção da saúde do homem</p>	<p>Bibione Tercia de Oliveira Silva; Mayanna Machado Freitas; Gleice de Barros Santos Souza; Mônica Nascimento Hardman; Heliosania Clingea Fontes Sobral; Ana Maria Laurindo da Silva;</p>	<p>2013</p>	<p>Periódico</p>	<p>BVS</p>	<p>Investigar a ocorrência de políticas públicas voltadas para campanhas que conscientizem a população masculina e identificar medidas relacionadas à promoção e prevenção da saúde.</p>	<p>Incorporar novos conceitos de saúde do homem; Adequar as ações de saúde aos horários opostos de trabalho; Garantir de diferentes formas que o homem crie o hábito rotineiro de cuidados; Inovar através de ações de educação em prol da saúde.</p>

Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento	<p>Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti;</p> <p>Jocelly de Araújo Ferreira;</p> <p>Amanda Haissa Barros Henriques;</p> <p>Gilvânia Smith da Nóbrega Morais;</p> <p>Janaína Von Sohsten Trigueiro;</p> <p>Isolda Maria Barros Torquato;</p>	2014	Periódico	SciELO	<p>Conhecer as necessidades de saúde, identificar os obstáculos que impedem o atendimento das necessidades de saúde do homem e apresentar as estratégias de enfrentamento para uma assistência integral e humana para um grupo de homens.</p>	<p>A humanização em saúde;</p> <p>Acolhimento; comunicação;</p> <p>àriação de vínculo;</p>
Trabalho do enfermeiro na atenção à saúde do homem no território da estratégia saúde da família	<p>Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto;</p> <p>Ana Elza Fontenele Rocha;</p> <p>Maria Socorro Carneiro Linhares;</p> <p>Eliany Nazaré Oliveira</p>	2013	Periódicos	BVS	<p>Analisar o trabalho do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família (ESF) à luz da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.</p>	<p>Consultas de enfermagem;</p> <p>Visitas domiciliares;</p> <p>Ações educativas em datas comemorativas;</p> <p>Grupos, educação em saúde nas escolas;</p> <p>Pedidos de exames, encaminhamentos, atendimento à criança, ao adolescente, ao adulto e ao idoso; Cuidado preventivo, acompanhamento de doenças e Saúde do Homem.</p>

<p>Dificuldades e estratégias de inserção do homem na atenção básica à saúde: a fala dos enfermeiros</p>	<p>Renata Lívia Silva Fonsêca Moreira de Medeiros</p>	<p>2013</p>	<p>Dissertação</p>	<p>SciELO</p>	<p>Analisar as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no âmbito da atenção à saúde do homem, bem como as estratégias para inserção da clientela masculina nas ações de saúde deste nível de atenção.</p>	<p>Inserir os homens a partir do Pré-Natal; Obter colaboração da mulher; Qualificar o acolhimento; Desenvolver ações específicas na comunidade; Efetivar busca ativa por meio de visita domiciliar; Retomar ações do Programa de Planejamento Familiar.</p>
<p>Homens nos serviços de atenção básica à saúde: repercussões da construção social das masculinidades</p>	<p>Anderson Reis de Sousa; Aline Macêdo Queiroz; Raíssa Millena Silva Florencio; Pollyana Pereira Portela; Josicélia Dumêt Fernandes; Álvaro Pereira</p>	<p>2016</p>	<p>Periódico</p>	<p>BVS</p>	<p>Analisar a busca de homens pelos serviços de Atenção Básica à Saúde e sua relação com a construção social das masculinidades.</p>	<p>A busca tardia pelos serviços de Atenção Básica à Saúde; O cuidado e o autocuidado como atributo feminino; Virilidade, força e honra –construindo as masculinidades. As construções sociais das masculinidades repercutem na busca dos homens pelos serviços de saúde</p>

Atenção à saúde do homem em unidades de estratégia de saúde da família	Gésica Graziela Julião; Leni Dias Weigelt.	2011	Periódico	BVS	<p>Analisar as ações de atenção à saúde do homem realizadas por enfermeiros em Unidades de Estratégia de Saúde da Família e as condições de informação</p> <p>Desses profissionais sobre a Política Integral de Saúde do Homem em dois municípios em gestão plena do Vale do Rio Pardo – RS.</p>	<p>Grupos de educação em saúde (uso do preservativo, drogas, grupos de incentivo a realização de exames preventivos para neoplasias e doenças crônicas, planejamento familiar).</p> <p>Visitas domiciliares para convidar os homens.</p>
Atendimento à saúde do homem na atenção primária: estratégias que colaboram para sua realização	Isabella Macedo Silva da Cruz	2013	Periódico	SciELO	<p>Demonstrar a importância da realização de novas estratégias para o atendimento à saúde do homem bem como sua influência na adesão do homem ao serviço de saúde</p>	<p>Grupos operativos de promoção, prevenção e proteção à saúde do homem, horários especiais de atendimento e capacitação dos profissionais de saúde.</p>

Intervenção de enfermagem na saúde dos homens

As intervenções de Enfermagem são métodos sistemáticos da prática profissional que favorecem o cuidado. Assim, elas se tratam de um meio, e não um fim em si mesmo. Essas ações evoluem cada vez mais, deixando de ser estritamente focada na doença e acrescentando qualidade ao cuidado. O cuidado diz respeito a empatia, autenticidade no relacionamento interpessoal, comportamento ético, a sensibilidade e a expressão de emoções tais como compaixão e solidariedade humanas (GARCIA; NOBREGA, 2009).

A enfermagem é uma profissão que possui grande influência social, conhecida por seu compromisso com a saúde pública, estando mais envolvida com a população usuária da atenção básica prestando uma assistência individualizada através do acolhimento, consultas, educação em saúde e além disso, fazer visitas domiciliares. Por isso, participa da organização de ações embasadas nas condições visualizadas pela equipe de saúde (JULIÃO; WEIGELT, 2011).

Todos os artigos pesquisados consideram importante os profissionais de saúde conhecerem a política e a consideram importante para trabalhar promoção e prevenção à saúde do homem.

Os resultados apontam as ações de promoção e prevenção de saúde como assistência de enfermagem mais utilizadas pelos profissionais da área. A partir da análise dos estudos é notório que o profissional de enfermagem tem papel de destaque na atenção básica para atuar com a população masculina, e a produção do cuidado ocorre através de ações de capacitação da equipe, principalmente os agentes comunitários de saúde (ACS), educação em saúde, visitas domiciliares, humanização e acolhimento.

Educação em saúde

A educação em saúde se constitui como intervenção de enfermagem à medida que é importante para a promoção, prevenção e tratamento precoce de doenças diminuindo assim, o sofrimento.

Os padrões de masculinidade aos quais os homens estão se enquadrado tem gerado comportamentos que comprometem sua saúde, eles têm ignorado a possibilidade de adoecer, buscando provar constantemente sua virilidade considerada como sinônimo de força e resistência. Características como autocuidado, insegurança e medo são associadas às mulheres dificultando ainda mais o acesso dos homens na atenção primária. Mediante a isso, a educação em saúde se faz necessário para a população masculina ensinando ao homem que mesmo sendo provedor, o cuidado com a saúde de forma preventiva é essencial, devendo se constituir um hábito, evitando possíveis agravos (BARBOSA, 2014).

Assim, refletir e problematizar nas unidades básicas auxilia para melhorar a assistência prestada à população. Deve-se conhecer o contexto vivido pelos usuários do serviço, pois é um importante indicador que viabiliza ações e apontam condições e mudanças culturais. A cultura interfere no significado do que é ser masculino, onde os estereótipos influenciam nos pensamentos e ações dos homens que ainda são vistos pela sociedade como seres fortes, viris e incapazes de adoecerem fazendo com que eles se descuidem e se exponham a riscos de adoecimento. Devido a isso, a educação e saúde se faz necessária como forma de assistência de enfermagem para a saúde do homem (JULIÃO; WEIGELT, 2011).

Os profissionais da atenção básica têm uma maior proximidade com a população, o que lhes proporcionam uma maior facilidade de realizarem intervenções de promoção à saúde, como ações de educação, possibilitando a divulgação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, além da permissão para usufruírem dos direitos sociais que tem garantido por essa política (JULIÃO; WEIGELT, 2011).

O enfermeiro na estratégia de saúde da família, pode usar as ações de educação em saúde para desfazer o mito do homem que não adocece, sendo primordial para o processo de saúde doença, sanando dúvidas e incentivando o autocuidado entre eles (OLIVEIRA, 2014).

Mesmo sabendo da importância da educação em saúde na atenção básica, para a assistência prestada a população masculina, alguns artigos sinalizaram um déficit na capacitação em saúde masculina por parte dos enfermeiros fazendo com que as práticas de educação em saúde voltadas para o homem sejam restritas. Os profissionais de enfermagem relataram a falta de capacitação e instrumentalização voltada para esta temática, o que interfere de forma negativa na assistência prestada aos homens (MEDEIROS, 2013).

Vale ressaltar que a maioria dos profissionais de enfermagem nas unidades básicas de saúde são do sexo feminino, o que também contribui para uma baixa procura da população masculina aos serviços de saúde. Diante disso, os homens não se reconhecem nesses espaços, pois as ações preventivas são quase sempre materno-infantil, o que provoca nos homens um sentimento de não pertencimento a unidade de saúde. Acrescido a isso, os homens não se sentem à vontade de expor suas necessidades de saúde às enfermeiras, uma vez que, para eles tal atitude demonstra fragilidade, o que põe em risco sua masculinidade (MEDEIROS, 2013).

Visitas domiciliares

A visita domiciliar se constitui um instrumento de assistência de enfermagem que visa avaliar as necessidades dos pacientes e seus familiares, bem como avaliar o ambiente em que vivem. Ao ser realizada pelo enfermeiro se faz necessária, pois o aproxima da realidade vivenciada pelos usuários, o que lhe proporciona a compreensão do espaço físico, da real necessidade e uma melhor resolutividade na assistência, permitindo ao profissional ir além do que é concreto e captar a subjetividade, o que influencia numa melhor intervenção (NETO et al., 2013).

Através das visitas domiciliares, os profissionais da saúde em contato com a realidade de sua clientela melhor planejam e pactuam suas ações buscando solucioná-las, e implementá-las de forma que consigam inserir o homem na estratégia de saúde da família. Os enfermeiros desenvolvem suas atividades baseados no que percebem durante as visitas, não só o que captam de forma concreta, mas também subjetiva e a partir disso, possam realizar intervenções. As visitas domiciliárias se tornam uma estratégia para inserir o homem nas ações da unidade básica de saúde, tornando-se uma medida importante que contribui de forma significativa para reduzir as morbimortalidades masculina favorecendo sua expectativa de vida (MEDEIROS, 2013).

Com as visitas domiciliares os profissionais de enfermagem podem subsidiar ações no processo saúde e doença dos homens. A enfermeira no domicílio tem a vantagem de estabelecer diálogos e intervenções baseadas na realidade do paciente estabelecendo um plano de cuidado voltado à recuperação e autocuidado, além disso, a visita serve de elo entre o homem e a unidade de saúde, podendo ser um ponto de partida para inseri-lo no serviço de saúde. Os diálogos estabelecidos durante as visitas podem romper paradigmas, modificar conceitos e desfazer questões de gênero que tem influenciado na baixa presença do homem na atenção básica.

Capacitação da equipe

A atenção básica é importante para orientar o sistema de saúde público, principalmente na execução do cuidado aos indivíduos e grupos sociais favorecendo a integralidade, a humanização e a qualidade da atenção realizada. Com a criação do sistema único de saúde (SUS), os serviços de saúde reformularam suas práticas, tendo a atenção básica como eixo estruturante. Embora exista uma política de saúde que visa um cuidado integral, universal e igualitário, problemas relacionados a formação profissional ainda permanecem

demonstrando uma intervenção biologicista e conteudista, distorcendo-se das práticas interdisciplinares. A falta de capacitação dificulta a realização de atividades para além de aptidões e preparos. Para reverter esta situação se faz necessário a capacitação da equipe visando autonomia e protagonismo na prática do cuidado (KLEBA et al., 2014).

A educação permanente se torna uma necessidade para os profissionais da atenção básica, tendo como objetivo moldar sua atuação, implementar e fortalecer a saúde no SUS, sendo assim, uma estratégia para transformar e qualificar as práticas de saúde, organizar ações e os serviços, contribuindo para o processo de formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde (GONÇALVES et al., 2011).

A capacitação da equipe se constitui numa das ações de enfermagem assistencial integral a saúde do homem referida na maioria dos artigos. Em um dos artigos ficou evidente o não preparo dos profissionais da atenção básica para prestar assistência à população masculina, fazendo com que não tenham condições para realizar ações voltadas a este público. Essa não capacitação se constitui como uma barreira no atendimento das necessidades do público masculino se fazendo necessário capacitações da equipe de saúde (SILVA et al., 2012).

A educação permanente dos profissionais de saúde é uma estratégia que contribui para a adesão do homem aos serviços voltados a atenção básica, pois é necessário para que os enfermeiros atuem de acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e firmem seus conhecimentos a respeito da relação de gênero e saúde. A atuação das unidades básicas em relação ao público masculino ainda é frágil, o que torna necessário a capacitação desses agentes para que realizem um cuidado específico de acordo com as perspectivas de gênero (ALBUQUERQUE et al., 2014).

Se faz necessário a capacitação dos profissionais da atenção básica, principalmente enfermeiros, pois eles realizam diversas ações

à saúde do homem e necessitam de maior atenção dos gestores para implementarem programas específicos aos cuidados ao público masculino (OLIVEIRA, 2014).

Humanização e acolhimento à saúde do homem

O profissional de enfermagem tem suas práticas baseadas nas relações humanas, onde existe o cuidado humano que possui como eixo norteador o acolhimento. A enfermagem não se constitui apenas de conhecimentos técnicos e científicos, mas também de sensibilidade em lidar com a sobrecarga emocional se responsabilizando pelo outro, prestando um cuidado humanizado e acolhedor (SOARES, 2011).

Quando a enfermagem considera seus pacientes como seres humanos, ela abre caminhos para um novo processo de saúde e doença, transformando a assistência de enfermagem numa prática social que tem como objetivo final o cuidado. Intervenções de enfermagem como percepção das necessidades e expectativas do usuário, escuta qualificada, enxergar o paciente como ser único, cuidado integral são ações técnico-assistenciais que se configuram como ações de humanização e acolhimento. Neste sentido, o acolhimento é considerado intervenção da enfermagem, visto que, ambos estabelecem relações interpessoais objetivando o bem-estar do paciente, reconhecendo suas condições objetivas e subjetivas e o meio o qual se insere (TOLEDO et al., 2016).

A humanização é uma atitude ética em que as pessoas reconhecem que o outro tem direitos, contribuindo assim, com o crescimento e bem-estar do próximo. Cuidar do outro se constitui uma ação de humanização que deve existir no serviço de saúde, assim como, respeitar as individualidades através da escuta ativa, tolerância, honestidade, atenção, compreensão do outro e de suas necessidades. Logo, o profissional de enfermagem deve entender o outro, acrescentando conhecimento, oferecendo cuidados que

vislumbrem todos os aspectos e favorecer uma melhor qualidade na assistência. A humanização se faz necessária para que ocorra um melhor atendimento e valorização da população (COSTA, 2014).

Além da humanização o acolhimento foi muito citado nos textos, principalmente, quando consegue mudar a postura do profissional de saúde em relação ao usuário e suas demandas, se configurando como um estímulo à adesão dos homens às unidades básicas de saúde, além de fortalecer o vínculo do profissional com o usuário permitindo a compreensão do indivíduo em sua totalidade. Acolher demonstra um novo processo de trabalho em relação a saúde, atendendo aos que procuram pelos serviços da atenção básica, escutando e pactuando respostas efetivas aos usuários e ampliando as possibilidades de ações dos profissionais no que tange ao atendimento das necessidades dos usuários, favorecendo-os uma nova assistência em saúde (SANTANA et al., 2011).

Horário de funcionamento da Atenção Primária

Os horários de funcionamento da atenção básica se caracterizaram como um fator limitante para o acesso dos homens aos serviços, porque as unidades básicas funcionam em horário comercial, impedindo o uso da maioria, visto que, existe uma incompatibilidade entre o horário de trabalho com o da unidade de saúde. Deste modo, esses seres necessitam de horários mais flexíveis para a sua adesão, pois a ausência no trabalho implicaria em instabilidade no emprego. Embora os serviços disponibilizem atestado de comparecimento, muitos homens tem receio em ser prejudicado por faltar ao trabalho, mesmo que seja para uma consulta médica, devido a isso a procura pelos serviços de saúde acaba ficando em segundo plano.

É possível notar que, a população masculina não tem prioridade nas ações de prevenção e promoção de saúde, devido à falta de estratégias que incluam esses homens na atenção básica, o que acarreta numa maior exposição a riscos que podem gerar

comorbidades aumentando as taxas de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (CORDEIRO et al., 2014).

O horário das unidades de saúde é um indicador que a atenção primária apresenta dificuldades em atender as necessidades do homem, pois se organiza, desenvolve campanhas e destina seus programas e serviços geralmente a mulheres e crianças. Embora as mulheres trabalhem, os homens geralmente priorizam o trabalho e o sustento familiar. A demora nos agendamentos de consultas, as filas e faltas de garantias de que serão atendidos a curto prazo faz com que eles busquem outros serviços como farmácias e pronto socorro, locais que oferecem um atendimento mais objetivo, visando resolução nos sintomas apresentados, mas sem integralidade no cuidado (BARBOSA, 2014).

Vale ressaltar que, os horários de atendimento das unidades podem influenciar na adesão dos homens à atenção primária, é válido buscar estratégias que visem atender as diversas necessidades de saúde da população masculina, de forma que torne o serviço mais acessível e aumente a adesão desse público aos serviços de saúde. Fica claro que a atenção primária possui limitações em se tratando do atendimento aos homens, evidenciada pela falta de estímulos das unidades básicas em se organizarem para atendê-los (CORDEIRO et al., 2014).

Considerações finais

Os resultados revelam que as intervenções de enfermagem mais utilizadas pelos enfermeiros da atenção básica são educação em saúde, visita domiciliária, capacitação da equipe, acolhimento e humanização. Além disso, a mudança de horário de funcionamento das unidades de saúde se torna um grande aliado nessas ações, visto que, contribuem para aumentar o acesso dos homens ao serviço de saúde. A atuação do enfermeiro diante do cuidado com a população masculina é essencial para a garantia de uma prevenção de agravos

e promoção à saúde. Como o enfermeiro é o profissional que assiste mais de perto o paciente na atenção básica, ele deve estar apto para acolher esse público de seu território e assim contribuir para melhorar a adesão do homem a unidade de saúde. Portanto, os cuidados da enfermagem envolvem a sistematização desde a entrada do paciente à saída deste da unidade de saúde.

Referências

ALBUQUERQUE, G. A. *et al.* O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 607-614, out./dez. 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127732789008.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2017.

ARMEDE, L; SILVA, W. D. Atenção à saúde do homem: Uma reflexão sobre a práxis do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **FACULDADE DOM PEDRO II**, Salvador, jan. 2011. Disponível em: <http://www.fesfsus.ba.gov.br/wp-content/uploads/2014/09/ATEN%C3%87%C3%83O-A-SA%C3%9ADE-DO-HOMEM-1.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2017.

BARBOSA, C. J. L. Saúde do homem na atenção primária: mudanças necessárias no modelo de atenção. **Revista Saúde e Desenvolvimento**. Alagoinhas, v. 6, n. 3, jul./dez. 2014.

BEZERRA, E. A. F; JÚNIOR, J. J. A. O papel do enfermeiro na promoção à saúde do homem: o contexto das unidades básicas de saúde da cidade de Macaíba/RN. **SANARE**. Rio grande do Norte, v. 13, n. 2, p. 18-23, jun./dez. 2014. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/568/302>. Acesso em: 19 ago. 2017.

CASTRO, C. O. Ação do enfermeiro no atendimento a necessidades de saúde do homem na estratégia saúde da família. **UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, Rio de Janeiro, abr. 2012. Disponível em: <http://www2.unirio.br/unirio/ccbs/ppgenf/arquivos/dissertacoes-arquivo/dissertacoes-2012/caroline-oliveira-de-castro>. Acesso em: 24 ago. 2017.

CAVALCANTI, J. D. R. D. et al. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, out./dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400628. Acesso em: 27 ago. 2017.

CORDEIRO, S. V. L. et al. Atenção básica à saúde masculina: possibilidades e limites no atendimento noturno. **Esc Anna Nery**, João Pessoa, v. 18, n. 4, p. 644-649, jan. 2014.

COSTA, S. D. C. Saúde do homem: atuação do enfermeiro. **FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO**, Vitória, jan. 2014. Disponível em: http://www.ucv.edu.br/fotos/files/TCC_2014-2_Silvana.pdf. Acesso em: 16 ago. 2017.

CROSSETTI, M. G. O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 55, n. 2, p. 8-9, jun. 2012.

GARCIA, T. R; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, João Pessoa, v. 13, n. 1, p. 188-193, jan./mar. 2013.

MEDEIROS, R. L. S. F. M. Dificuldades e estratégias de inserção do homem na atenção básica à saúde: a fala dos enfermeiros. **Universidade Federal da Paraíba**, João pessoa, jan. 2013. Disponível em: <http://tede.biblioteca.ufpb.br/bitstream/tede/5133/1/arquivototal.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2017.

NESCON BIBLIOTECA VIRTUAL. **Atendimento a saúde do homem na atenção primária: estratégias que colaboram para a sua realização**. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/atendimento_a_saude_do_homem_na_atencao_primaria__estrategias_que_colaboram_para_a_sua_realizacao/461. Acesso em: 20 ago. 2017.

NETO, F. R. G. X. et al. Trabalho do enfermeiro na atenção à saúde do homem no território da estratégia saúde da família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 4, n. 1, jan.

2013. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/23004>. Acesso em: 18 ago. 2017.

OLIVEIRA, I. M. M; OLIVEIRA, C. C. Atendimento de enfermagem a saúde do homem na estratégia saúde da família.

Universidade Regional do Cariri, Cajazeiras, mar. 2014.

Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/conacis/trabalhos/Modalidade_2datahora_12_03_2014_22_07_42_idinscrito_1589_583d23a668d79a0615d613d2421233db.pdf.

Acesso em: 13 ago. 2017.

SANTANA, E. N. D. et al. A atenção à saúde do homem: ações e perspectivas dos enfermeiros. **RemE – Rev. Min. Enferm.**, Recife, v. 15, n. 3, p. 324-332, jul./set. 2011.

SCHWARZ, E. et al. Política de saúde do homem. **Rev Saúde Pública**, Brasília, v. 2012, n. 46, p. 108-116, set. 2012.

SILVA, M. D. G. L. et al. SAÚDE DO HOMEM NO ÂMBITO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM. **Universidade Federal da Paraíba**, João Pessoa, set. 2015. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I65535.E13.T12361.D9AP.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2017.

SILVA, P. A. S. et al. **A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde.**

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1414-81452012000300019. Acesso em: 22 ago. 2017.

SILVAI, P. A. D. S. et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, set. 2012.

SOLANO, L. D. C. et al. O acesso do homem ao serviço de saúde na atenção primária. **Rev Fund Care Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 302-308, abr./jun. 2017.

SOUSA, A. R. D. et al. Homens nos serviços de atenção básica à

saúde: repercussões da construção social das masculinidades. **RBE - Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 3, p. 1-10, jul./set. 2016. Disponível em: https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16054/pdf_76. Acesso em: 25 ago. 2017.

VENDRUSCOLO, C; PRADO, M. L; KLEBA, M. E. Formação de recursos humanos em saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 30, n. 1, p. 215-244, mar. 2014.

PARTE II

RELAÇÕES RACIAIS E SAÚDE PÚBLICA

Saúde das populações quilombolas: relatos de experiências

Fernando Vicentini

Amália Nascimento do Sacramento Santos

Ana Lúcia Moreno Amor

Glauber Andrade dos Santos

Marcos Paulo Santos Passos

Introdução

A partir de experiências acadêmicas realizadas em comunidades quilombolas, serão apresentadas algumas reflexões que pretendem auxiliar na análise do vivido e em ações futuras. Iniciar uma atividade acadêmica, seja extensão, ensino ou pesquisa em comunidade tradicional exige extrema responsabilidade e respeito que transcendem as questões individuais, neste sentido, é necessário conhecer para compreender e respeitar as especificidades históricas e culturais da comunidade a ser trabalhada (MOITA, 2013).

Os autores deste capítulo tiveram experiências em diferentes comunidades. Com estudos desde 2007 no Território Sapê do Norte, localizado no norte do estado do Espírito Santo, com atividades, também desenvolvidas na Bahia, em comunidades como Tapuia (no município de Camamu, sul da Bahia), comunidade de Pitanga de Palmares (região metropolitana de Salvador) e, principalmente, a região de maior concentração de atividades, o território compreendido pelas comunidades quilombolas da Bacia e do Vale do Iguape, localizadas principalmente no município de Cachoeira (Recôncavo da Bahia).

As atividades acadêmicas realizadas nas comunidades quilombolas exigiram e permitiram grande aprendizado e produções acadêmicas, como monografias, dissertações, teses e artigos científicos desenvolvidos com a colaboração e acolhida dessas comunidades, às

quais devemos muita gratidão. Mas, para além disso, permitiram refletir sobre a interculturalidade, com trocas de saberes e no aprendizado cotidiano por meio das experiências dos mestres e mestras de ofícios/saberes destas comunidades. Endossando, segundo Paré, Oliveira e Velloso (2007), o saber tradicionalmente construído e o saber oferecido, como um diálogo necessário, percebendo a necessidade de associar os diferentes saberes na construção dos conhecimentos, especialmente para este capítulo, na área de saúde.

Serão apresentados olhares para justificar alguns dos motivos de direcionar esforços acadêmicos ao povo negro quilombola, assim como, registrar percepções importantes na construção de uma relação entre a população quilombola e a comunidade acadêmica.

Olhares: perspectiva geral

Um primeiro passo no estabelecimento de uma relação saudável é a identificação das lideranças comunitárias, a compreensão da organização social, suas relações e representações.

Assim, nessas experiências, foram encontradas comunidades altamente organizadas social e politicamente, a comunidades com baixos níveis de organização social. Comunidades estabelecidas em seus territórios desde o período escravagista e comunidades em implantação, com ocupação territorial recente, porém com identidade histórica, cultural, desenvolvendo ações de luta e resistência, caracterizando a construção de uma comunidade de remanescentes de quilombo (NASCIMENTO, 1982).

Do ponto de vista da urbanização, há comunidades que foram engolidas pela expansão das cidades, sendo totalmente urbanizadas, com água encanada, coleta de lixo, esgoto coletado e tratado, realidade bem diferente da grande maioria das demais.

Em muitas delas a presença do Estado é identificada exclusivamente pelos programas sociais “Luz para todos” e “Brasil,

Um milhão de cisternas”. Ainda que a cobertura do SUS pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde tenha se expandido sobremaneira na última década em seus territórios e, também seja uma marca imprescindível da presença do Estado, desempenhando um papel fundamental na qualidade de vida, essas populações ainda vivem, em sua maioria, na zona rural de forma parcialmente isolada.

As fontes de renda são muito regionalizadas, com comunidades vivendo do plantio de subsistência, passando por comunidades integradas à cadeia produtiva agrícola local como produção de frutas para a agroindústria, mas, principalmente, arranjos produtivos comunitários como o plantio de aipim (mandioca) e produção de seus derivados ou a produção de ostras como na Bacia e Vale do Iguape. Outras produzem carvão vegetal a partir de restos da cadeia produtiva do eucalipto. O turismo religioso, histórico, gastronômico e ecológico se apresenta como uma alternativa de complementação de emprego e renda e vem sendo experimentado.

A Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ) é a principal organização social entre as comunidades quilombolas do Brasil. Durante os governos de centro-esquerda no Brasil, entre os anos de 2002 e 2016, a CONAQ teve muito espaço político e conseguiu apresentar diferentes agendas de demandas sociais, entretanto infelizmente, esse espaço tem enfrentado dificuldades nos enfrentamentos das suas vulnerabilidades nos governos atuais (CONAQ, 2020).

As comunidades quilombolas mais antigas conseguiram se organizar em territórios, alguns deles com demarcação territorial coletiva, o que leva essas comunidades a um nível maior de organização social e compromisso coletivo. Assim, se faz imprescindível às ações acadêmicas, reconhecer se a comunidade faz parte de um Território Quilombola, se está representada na CONAQ e suas respectivas representações. Serão essas lideranças, as primeiras pessoas a serem contatadas para que uma ação possa ser implantada.

Caso não haja o nível de organização citado acima, deve-se procurar pela liderança comunitária legitimamente eleita ou uma referência que seja reconhecida pela sua experiência de vida, normalmente os idosos são lideranças importantes, ou pelas lideranças políticas. Muitas vezes pela necessidade de deslocamentos frequentes aos órgãos públicos, as lideranças idosas, transferem essas tarefas aos mais jovens, com boa saúde e capacidade de interlocução.

É importante registrar que, muitas das ações pensadas na academia não são do interesse da comunidade, por princípios ou pela falta de esclarecimentos e respeitar o desejo deles é fundamental, ainda que o diálogo franco e honesto normalmente conduza a bons encaminhamentos para ambos, academia e comunidade.

Uma queixa comum nos primeiros contatos é o fato de muitas equipes das universidades buscarem as comunidades para trabalhos com objetivos exclusivamente acadêmicos, o que não gera relações e nem resultados aplicados para a melhoria das condições de vida da comunidade abordada. Assim, é de fundamental importância que todos os estudos e ações, por mais acadêmicas que possam ser, sejam associadas a ações, que podem até ser periféricas ao objeto principal, mas que levem retorno significativo e explícito.

O respeito à história individual e coletiva passa pelo retorno obrigatório de quem adentra uma comunidade. Desta forma, todos os produtos acadêmicos devem ser entregues aos seus “donos”. Monografias, dissertações, teses, artigos e relatórios devem ser levados e expostos democrática e transparentemente às comunidades.

Caso haja aplicação em políticas públicas, o acadêmico deve se mostrar disponível para intervir juntamente às lideranças nos diferentes níveis de gestão. Esse retorno, que por vezes é um serviço, outrora passa a ser uma infraestrutura ou mesmo a informação qualificada, e quando entregue à comunidade gera não só a aproximação entre

universidade e localidade, mas também garante relações de confiança das comunidades para com os acadêmicos, e principalmente, atraem os membros da comunidade para a universidade.

Antes de apresentarmos algumas ações realizadas por este grupo, registramos algumas passagens que nos sensibilizaram muito em nosso convívio com os quilombolas.

Uma das passagens mais impactantes foi um diálogo com uma liderança, mulher, jovem, negra. Sua comunidade bastante pequena e com casamentos entre membros da família apresenta alta prevalência de glaucoma que em função das dificuldades logísticas e sociais, não recebem tratamento médico. Certa vez, visitando a casa da liderança, ela nos apresentou seu avô, ele estava acamado em função da idade e da cegueira associada ao glaucoma. Quando pedimos que nos relatasse seu histórico, veio a fala: “meu avô está cego pelo glaucoma, meu pai já perdeu significativamente a visão e eu cuido deles, pois tenho certeza que é uma questão de tempo para eu ficar cega também”.

Histórias impactantes como essa, porém em outras patologias, são frequentes, assim como encontramos nas ações de saúde da mulher, muitas mulheres idosas que jamais tinham feito um exame médico, jamais haviam colhido um exame preventivo e a presença da universidade permitiu mudar esses cenários. Queixas de miomas, hipertensão, hemoglobinopatias, alcoolismo em todas as faixas etárias e entre homens e mulheres, doenças infecciosas e parasitárias também são muito frequentes e representam espaço importante para intervenções acadêmicas.

Registramos que muitas famílias ainda vivem em casas de pau-a-pique, sem parte do telhado, sem camas, sem banheiro ou qualquer outra estrutura para higiene pessoal. Famílias inteiras e numerosas sem um vaso sanitário, sem um chuveiro. Crianças caminhando quilômetros diariamente para ir à escola, ainda que as políticas de transporte escolar tenham minimizado essa situação.

Finalmente, citamos as condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em função das distâncias entre as casas, os ACS precisam caminhar muitos quilômetros, em estradas de terra que em tempos chuvosos ficam intransitáveis, dificultando ou impedindo as visitas periódicas e isolando algumas famílias da vigilância epidemiológica.

Essas realidades nos conduziram a centralizar nossas ações de pesquisa e extensão aos quilombolas e nos últimos anos temos realizado ações com algumas delas sendo descritas a seguir, vocacionadas à saúde das crianças e das mulheres. Estudos de enteroparasitoses, de gastroenterites virais e da saúde da mulher, com exames de enfermagem, coletas de preventivo, exames citopatológicos e da presença da infecção por Papilomavírus Humano (HPV).

Pesquisa-ação: comunidades quilombolas

As Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) se constituem em um grave problema de saúde pública, afetando, em especial, populações de países subdesenvolvidos e em desenvolvimento que estão expostas a fatores socioeconômicos desfavoráveis (PULLAN *et al.*, 2014; WALDMAN e SATO, 2016). Tal cenário contribui significativamente para a transmissão e a manutenção destas doenças, uma vez que são resultantes do processo interativo entre o agente, o meio ambiente e o hospedeiro humano. Nesse contexto, a identificação dos agentes infecciosos e parasitários, assim como a utilização de metodologias lúdicas na Educação em Saúde tornam-se essenciais para o seu controle e combate.

Considerando nas DIP as doenças entéricas parasitárias, estas persistem sobretudo em áreas onde as condições de saneamento e educação sanitária se mostram deficientes (NUNES, 2016), refletindo na alta prevalência destas a nível mundial. Segundo a Organização Mundial de Saúde, estima-se que 3,5 bilhões de pessoas estejam

infectadas por enteroparasitos em todo o mundo, e, dessas, 450 milhões estão doentes, sendo a maior prevalência em crianças (ROBERTSON *et al.*, 2013) já que, as crianças em idade pré-escolar e escolar apresentam maior suscetibilidade para esta infecção, que pode estar associada em parte à imaturidade do sistema imunológico destas, mas também, aos comportamentos em relação aos cuidados básicos de higiene e ao contato com o solo contaminado (COOPER *et al.*, 2011).

No Brasil, fatores sociais tais como a falta de saneamento básico adequado, fornecimento de água tratada, dificuldade de acesso ao diagnóstico médico e ao tratamento eficiente, propiciam a manutenção de altas prevalências de parasitoses intestinais, principalmente em regiões menos assistidas por políticas públicas, por exemplo, assentamentos, aldeias indígenas, comunidades ribeirinhas, zonas rurais e quilombolas (SILVA *et al.*, 2012; SOUZA *et al.*, 2016), como as comunidades trabalhadas por este grupo.

Onde faltam políticas públicas, a sensibilização através do conhecimento é uma das melhores maneiras para o cidadão conhecer, identificar, educar e se prevenir das doenças que causam danos ao homem. Projetos relacionados à prevenção destas (quer sejam parasitoses intestinais, doenças infecciosas e/ou arboviroses transmitidas por mosquitos) buscam incentivar a população a adquirir hábitos saudáveis de higiene alimentar, hídrica, pessoal e ambiental. O conhecimento garante a sensibilização para a educação social (SANTOS, 2003; SANTOS JUNIOR *et al.*, 2018). Medidas sanitário-educativas e ambientais devem ser priorizadas, com o intuito de melhorar as condições de saúde destas populações.

No momento em que se observa a reintrodução das doenças infecciosas, epidemias e pandemias na nova agenda global de prioridades em saúde pública, verifica-se que as atividades de controle desse grupo de doenças ficam bem mais complexas do que no passado. Para tanto, torna-se necessário, além de elevadas

coberturas de saneamento e de vacinação, uma rede efetiva de serviços básicos de saúde e um sistema de vigilância oportuno (WALDMAN e SATO, 2016).

Diante deste contexto, a aprovação e o funcionamento do Mestrado em Saúde da População Negra e Indígena no âmbito do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, possibilitará expandir este tipo de investigação na região do Recôncavo da Bahia, auxiliando, especialmente a população quilombola e indígena no exercício do controle social e na busca da redução das iniquidades.

Desta forma, avançar, por exemplo, no sentido de avaliar a prevalência, a distribuição e a frequência com que parasitos intestinais (e outros agentes infecciosos) e seus genótipos ocorrem nestas populações, especialmente para a faixa etária infanto-juvenil, permitirá descrever fatores de risco relacionados aos aspectos ambientais, sociais, sanitários e de pobreza e, também, elencando estratégias de prevenção e desenvolvimento social no que tange às ações de educação em saúde destas comunidades, ampliando e agilizando a difusão dos conhecimentos produzidos, assim fortalecendo vínculos dos pesquisadores com as comunidades e com demais profissionais que atuam em diferentes áreas da saúde.

Considerando-se, por exemplo, um estudo realizado por parte dos autores deste capítulo, avaliando a prevalência de enteroparasitos em crianças residentes em dois quilombos situados na cidade de Cachoeira – Bahia, bem como, possibilitando a prevenção e promoção da saúde utilizando-se do modelo de feira de saberes com estações para a prevenção tanto de enteroparasitos quanto ao controle de insetos vetores de arbovírus (SANTOS *et al.*, 2019), é possível endossar que este tipo de pesquisa é relevante, onde os parâmetros avaliados poderão dar um suporte no sentido da avaliação das Políticas Públicas em Saúde pautadas para estas populações.

O estudo, em questão, identificou 62% de amostras positivas para pelo menos um parasito: 38% de protozoários e 36% de helmintos. Das amostras analisadas, 62% corresponderam a participantes do sexo feminino com identificação de parasitos em cerca de 56% destas e 38% correspondentes ao masculino, com aproximadamente 71% de encontro de parasitos para este público. Assim, os protozoários mais encontrados foram *Entamoeba coli* (57%), *Endolimax nana* (38%) e *Giardia duodenalis* (28%) e, para os helmintos, foram encontradas amostras positivas para Ancilostomídeos (50%), *Trichuris trichiura* (45%), *Ascaris lumbricoides* (10%) e *Trichostrongylus sp.* (5%). Destacando-se que os helmintos citados podem estar envolvidos em ações patogênicas, bem como o protozoário *Giardia duodenalis*, associados principalmente a fatores epidemiológicos que predispõem à tríade epidemiológica da infecção, ou seja, permitindo o encontro do parasito com o hospedeiro nesses ambientes que são propícios, porque envolvem desde questões relacionadas à higiene pessoal e alimentar dos sujeitos a questões de infraestrutura e de saneamento destas comunidades.

É certo que, as condições de vida influenciam no panorama de saúde destas populações, quer sejam quilombolas, ribeirinhas e/ou indígenas, necessitando analisá-las, a partir do contexto socioeconômico e cultural dessas comunidades, onde a presença de doença parasitária parece ser decorrente da falta ou da existência de política de saúde ambiental não adequada (MENDES *et al.*, 2016; SANTOS & SILVA, 2014).

A escassez de informações específicas dos quilombolas nos sistemas de saúde demonstra a importância da realização de estudos epidemiológicos envolvendo este grupo populacional. Há necessidade de implementação de políticas públicas que busquem a melhoria da saúde dessa população (SOUTO *et al.*, 2012; CABRAL-MIRANDA, DATTOLI & DIAS-LIMA, 2010). Assim, investigações sobre a prevalência das parasitoses intestinais são relevantes tanto

em comunidades quilombolas quanto indígenas no estado da Bahia, a fim de compreender as condições de saúde básicas existentes nestas comunidades, que se configuram como população tradicional, e que, ocasionalmente, concentram grupos populacionais de pluralidade étnica, grande parte em situação de vulnerabilidade social.

É muito importante para a humanização das comunidades quilombolas, o controle das doenças parasitárias com medidas preventivas e diretas, que se faz necessário para a efetiva redução dos índices de parasitoses intestinais. Isso somente será alcançado com a melhoria das condições de saneamento básico e da qualidade de vida dessas populações, além da necessidade de incentivo às práticas de educação para a saúde voltada para a aquisição de adoção de hábitos básicos de higiene e a importância dos mesmos para a prevenção de parasitoses e outras doenças. Para tanto, são necessárias medidas preventivas para implementação de ações dos programas de promoção à saúde e bem-estar da população (ROSINE *et al.*, 2018).

No caso dos estudos de Santos *et al.* (2019) com comunidades quilombolas do Recôncavo da Bahia, os autores, para além das análises parasitológicas, realizaram uma feira de saberes com visualização de formas evolutivas de protozoários, helmintos e ectoparasitos em microscópios e lupas. Em virtude dos relatos anteriores sobre arboviroses na região (Dengue e Zika), o grupo realizou também a contação de história da revistinha “Bia e Vitor – Missão Zika Zero” do kit pedagógico “Missão Zika Zero contra o *Aedes aegypti*” produzido pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB, 2016) e financiado pela Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão do Ministério da Educação (disponível no site <https://www2.ufrb.edu.br/combateaedes/>). Ação semelhante também realizada por Souza *et al.* (2017), em um dos quilombos do município de Cachoeira (Bahia) utilizando-se das mesmas estratégias: 1) visualização de

parasitos e vetores por meio de lâminas em microscópio óptico, lupas e frascos com vermes adultos e 2) apresentação e distribuição de folders, banners, adesivos educativos e pintura de revistas em quadrinhos, discutindo com a comunidade as medidas de prevenção baseadas no ciclo biológico dos parasitos e vetores que foram citados como mais prevalentes na região.

Quanto às metodologias aplicadas, foi perceptível a efetividade das ferramentas utilizadas para o compartilhamento de informações referentes aos agentes parasitários e vetores/ectoparasitos. Tanto observada no entusiasmo e questionamentos levantados no momento de explicação e visualização das formas, quanto na contação de histórias, onde foi estimulada à participação da comunidade, em especial as crianças. A metodologia da pesquisa-ação, embora seja considerada pesquisa, com seu caráter pragmático, se distingue claramente da pesquisa científica tradicional, principalmente porque, ao mesmo tempo em que altera o que está sendo pesquisado, é limitada pelo contexto e pela ética da prática (PICHETH; CASSANDRE; THIOLENT, 2016).

Dessa forma, destaca-se a relevância de ações desta natureza, no intuito de identificar os agentes parasitários e permitir o tratamento adequado dos indivíduos parasitados, bem como possibilitar, mediante a aplicação de metodologias lúdicas para promoção da saúde dos envolvidos, o controle e combate destes agentes, contribuindo para a construção de saberes e para o autocuidado.

Câncer cérvico-uterino nas comunidades

Aspectos teóricos gerais

O câncer do colo do útero (CCU) é considerado um problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, como o Brasil, devido às altas taxas de prevalência e mortalidade, especialmente em mulheres que apresentam situação socioeconômica mais baixa

(FERNANDES *et al.*, 2018). As diferenças regionais nas taxas de incidência de CCU estão correlacionadas ao nível socioeconômico e cultural, ou seja, com os grupos que apresentam maior vulnerabilidade social, ocasionada pela dificuldade de acesso à rede de serviços de saúde, por questões geográficas ou culturais (DAMACENA, 2015).

A maior incidência de HPV ocorre no Brasil, sendo as mulheres de faixa etária entre 15 a 25 anos as mais acometidas pelo vírus. Essa infecção se estende também ao sexo masculino, no entanto acredita-se que os homens procuram muito pouco os serviços de urologia, e por isso, esse fato gera os baixos registros que podem estar relacionados ao preconceito e falta de informação (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) (2018), cerca de 291 milhões de mulheres no mundo são portadoras do HPV, sendo que 32% estão infectadas pelos tipos 16, 18 ou ambos. Em todo o mundo, estima-se 528 mil casos novos com taxa de incidência de 14/100 mil mulheres e 266 mil mortes por essa neoplasia. No Brasil, a incidência é de 16,370 casos novos de câncer do colo do útero para cada ano do biênio 2018-2019, as taxas de incidência do CCU variam de região para região sendo mais frequente na região norte e nordeste. O câncer do colo do útero é considerado a segunda neoplasia mais comum e é a quarta causa de óbitos no Brasil, provocando cerca de 4.800 mortes (SARZI *et al.*, 2017).

O HPV desempenha papel central na carcinogênese, e está implicado em 99,7% dos casos mundiais de carcinoma cervical e, atualmente, é reconhecido como o agente causal inequívoco de condilomas, neoplasias intraepiteliais e carcinomas cervicais (BRINGHENTI *et al.*, 2010).

Segundo Leto (2010), a transmissão ocorre pelo contato direto ou indireto com o indivíduo que apresenta a lesão, disfunções na barreira epitelial ocasionado por traumatismos, pequenas agressões ou macerações que resultem na perda de continuidade das mucosas, favorecendo assim para a infecção viral.

Após o contágio, o HPV pode perdurar no organismo de 10 a 20 anos de maneira latente, provocando nesse período alterações no tecido epitelial da cérvix uterina, que podem evoluir para as doenças relacionadas ao vírus. As alterações celulares podem cursar em verrugas genitais, e vários tipos de cânceres, como câncer do colo do útero, vagina, vulva, ânus, pênis e orofaringe (TAVARES et al., 2017). A infecção pelo HPV manifesta-se também de forma subclínica, acometendo os genitais de homens e mulheres, apresentando lesões únicas ou múltiplas, localizadas ou difusas e com tamanho variável. A infecção pode se apresentar de forma branda (verruga vulgar) ou agressiva (carcinoma invasivo). As verrugas vulgares são classificadas como verruga vulgar, plana, filiforme, pigmentada, plantar ou genital, localizadas em qualquer local da superfície da pele e nas mucosas (VIEIRA, 2016).

Cerca de 280 tipos de HPV já foram descritos e caracterizados de acordo com a similaridade nas sequências genéticas do vírus. No entanto, 60 desses tipos infectam o trato genital feminino. Os HPV genitais podem infectar o epitélio escamoso e as membranas mucosas da cérvix, da vagina (CÂNDIDO et al., 2017).

Os HPVs são classificados de acordo com sua capacidade de transformação neoplásica: HPVs de alto risco (HR-HPV) e baixo risco (LR-HPV). Os LR-HPVs são associados às lesões escamosas intraepiteliais de baixo grau (LSIL), e os HR-HPVs estão diretamente relacionados com lesões escamosas intraepiteliais de alto grau (HSIL) e câncer cervical. Os principais tipos de HR-HPV que contribuem para os casos de câncer cervical são os 16 e 18, seguidos dos 31, 33, 35, 45, 52 e 58, representando um adicional de cerca de 20% dos cânceres do colo do útero em todo o mundo (CÂNDIDO et al., 2017). Os HPVs de baixo risco do tipo 6 e 11 são os mais comuns e estão relacionados principalmente à verruga genital e lesões intraepiteliais cervicais de baixo grau (LSIL) (NIC I/ displasia leve) (ANDRADE; RIBEIRO; VARGAS, 2015).

Experiência na coleta de exames preventivos

A coleta de exame citopatológico de mulheres de duas comunidades quilombolas no Recôncavo da Bahia possibilitou vivências profissionais singulares e especiais para as equipes de saúde envolvidas no processo. Foram coletados, no total das ações, 305 preventivos, sendo 215 na comunidade da região Tapuia (em Camamu) e 90 na região de Terra Vermelha (em Cachoeira). Foram realizadas quatro visitas na comunidade de Camamu e 04 na comunidade de Cachoeira e seis profissionais participaram da ação (03 enfermeiras, dois biomédicos e 01 profissional da tecnologia em Saúde).

Descreve-se inicialmente o contexto de aproximação, a partir da interação inicial com lideranças locais e participação em reuniões organizativas e políticas das comunidades, favorecendo a entrada nas culturas locais, evitando o estranhamento do desconhecido, bem como possibilitando a confiança.

Destaca-se nesse processo, o início das atividades de coleta de preventivos na comunidade de Camamu, a partir de um evento educativo sobre Prevenção do câncer de mama junto a ações do Outubro Rosa no ano de 2018, promovido pela Secretaria de Saúde local, na qual a equipe foi apresentada e participou com ações de educação em saúde, abordando a importância do exame citopatológico e do câncer de mama, com boa recepção da comunidade, antes da realização dos exames, propriamente dito. Nesse ínterim, houve calorosa e entretida receptividade tanto das mulheres quanto de profissionais de saúde (agentes comunitários de saúde, enfermeiras, técnicos de enfermagem, médico, secretária de saúde e diversos outros profissionais da esfera administrativa, além de lideranças locais).

Essa boa conectividade tem grande importância para bons resultados de trabalhos e parcerias estabelecidas, ou seja, a imersão

do profissional e\ou pesquisador na cultura permite o alcance de vínculos mais efetivos e resultados mais congruentes com a realidade (MOITA, 2013).

Nesse contexto, falamos da satisfação das mulheres nos momentos de educação em saúde e sobretudo, da realização do exame citopatológico. Essa satisfação foi traduzida e visualizada de forma diversificada, como a fala expressiva das mulheres: “nossa, que maravilha”, “que mão leve”, “que bom vocês por aqui”, “quando vocês vão voltar de novo”, “oh, enfermeira, muito obrigada”, “Deus abençoe e proteja vocês, vieram de tão longe”. No processo de educação em saúde, em sala de espera, antes do preventivo, percebemos olhares de satisfação, de adesão aos exercícios e ações orientadas, além do registro em fotos. Também, fomos surpreendidos com presentes produzidos na comunidade, como forma de demonstração de agradecimento e estima para o grupo envolvido nas ações.

Essas ações sinalizam um pouco do perfil de solidariedade que emerge nessas comunidades, a partir da consonância do sentido de quilombo, de viver em comunidade, de luta e resistência (NASCIMENTO, 1982).

No contexto da realização dos exames, foi possível apreender algumas situações do cotidiano e da saúde reprodutiva: muitas mulheres, sobretudo as mais velhas, relataram utilizar cuidados próprios da cultura como uso de ervas através de banhos de assento e chás, denotando ser um cuidado efetivo e confiável por elas, já que não apresentavam indícios de infecções ou sinais e sintomas relacionados com afecções ginecológicas. Por outro lado, a experiência permitiu escutar algumas histórias de violência sexual e doméstica perpetrada por parceria íntima, vulnerabilidade de muitas mulheres para adoecimento por infecções sexualmente transmissível e HIV, inclusive de meninas adolescentes; e vulnerabilidade para o câncer de colo de útero, visto que muitas mulheres apresentaram

situações de nunca terem realizado o exame preventivo, mesmo sendo sexualmente ativa há muitos anos e com mais de dois filhos.

Essas vulnerabilidades guardam relação com a desigualdade de gênero e influência do machismo e da misoginia na nossa sociedade (VILELA, 2015) e da desigualdade racial (GOES, 2011), dificuldade de oferta do exame pelos serviços e outras barreiras de acesso à saúde vivenciada pelas mulheres. Essas questões têm sido discutidas por estudos em outras comunidades quilombolas (FERNANDES *et al.*, 2018). Muitas mulheres tratam suas infecções repetidamente, sem conseguirem adesão do parceiro para o tratamento, o que contribui para recidivar e agravar as infecções. Sobre a violência sexual e doméstica com mulheres quilombolas, alguns estudos têm apontado para essa questão, revelando invisibilidade desse grave problema de saúde pública e necessidades de pesquisas que investiguem essa temática (GROSSI; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2018).

As vulnerabilidades apontam também para necessidade de ações de educação em saúde e políticas públicas de atenção às mulheres adolescentes, prevenção da gravidez acidental e precoce e de estímulo à profissionalização e ao trabalho, atentando para as recomendações postas na agenda de população e desenvolvimento no Brasil e de outros países (MARTINS, 2019).

Além disso, exame ginecológico traz o pudor das mulheres, pois revela sua intimidade e sexualidade. Essa perspectiva foi bem visível, visto que, muitas mulheres não aderem à realização do exame realizado pela profissional das Unidades de Saúde da Família localizadas nas comunidades, sendo essa constatação observada na fala delas e de profissionais da unidade que diziam sobre a preferência das mulheres por realizar o exame com profissionais de fora, com os quais não tinham muita proximidade. Essa é uma realidade em muitos outros contextos, onde a cobertura desse exame é baixa (FERNANDES *et al.*, 2020).

Mas, além disso, existem as barreiras geográficas, como distanciamento das residências do serviço de saúde, dificuldade de acesso devido não ocorrer atendimento diários em comunidades mais distantes, sendo que, nessas comunidades ocorrem ações itinerantes, utilizando espaços alternativos ou ambulatório móvel, que nem sempre possibilitam a realização do exame citopatológico. Somado a isso, esse fato também é explicado pela suspensão dos serviços em diversos momentos no PSF, demora no resultado de exames e até mesmo resultado de procedimentos que nunca retornaram às mulheres.

No cuidado com as mulheres que apresentaram afecções como corrimentos vaginal ou uretral, dor pélvica ou algum tipo de ferida\lesão, oportunamente era realizado o tratamento inicial a partir da orientação de fluxogramas predefinidos para manejo clínico das IST's. Nesse sentido, seguiu-se o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), e contou-se com a colaboração do Serviço que disponibiliza as medicações e insumos necessários. Também, contou-se com contribuições de recursos particulares dos participantes.

Muitas mulheres solicitaram o uso de alguma medicação, principalmente o creme vaginal, mesmo estando assintomáticas e sem sinais de infecção, denotando também uma cultura biomédica, de necessidade concreta de consumo de medicamentos mesmo em meio a existência do cuidado popular em saúde que realizam. Diversos autores têm discutido a perda dos cuidados tradicionais em detrimento do avanço tecnológico nas comunidades (MENEDEZ, 2016).

A abordagem a essas mulheres aconteceu nas Unidades de Saúde da Família das comunidades visitadas, sendo em mais de um consultório da Unidade, no quilombo em Cachoeira, e utilizando espaços alternativos como escola, nas comunidades de

Camamu. Contudo, respeitando as individualidades, privacidade e o anonimato, no que tange à abordagem com a mulher, tanto ao encontrado no exame físico, quanto na devolutiva dos resultados dos exames. Nesse sentido, questões éticas foram consideradas. Além disso, a abordagem de forma integral, levando em consideração outras queixas, que não ginecológicas, orientação acerca de outros problemas, além da abordagem integrada para prevenção do câncer de mama. Nesse ínterim, atividades educativas no cuidado do exame foram efetivadas de forma coletiva e individualizadas.

Observa-se nesse contexto, alguns limites da abordagem de ação ampla como é a realização do exame com um quantitativo grande de mulheres. Assim, apresentou-se como limites e desafios, as dificuldades de resolver, de forma consolidada, outras demandas de saúde que as mulheres apresentavam, contudo, realizamos, como já dito, orientações relacionadas e o encaminhamento para os profissionais da Equipe de Saúde da Família específica.

Além disso, a estrutura física das Unidades de Saúde da família de um dos quilombos era muito pequena, necessitando da organização de um espaço alternativo, uma escola com salas vazias, organizada com equipamentos necessários para atender a demanda do dia. Esse contexto possibilitou o compartilhamento e aprendizado de riquíssimas experiências da equipe envolvida por lidar com o novo, improvisar\inventar formas de realizar o cuidado com poucos recursos, sem deixar de lado a qualidade e contando com as ideias e participação das mulheres, das lideranças locais.

A abordagem sindrômica baseada nos fluxogramas de manejo clínico, em algumas vezes, foi limitada, necessitando que houvesse uma oferta mais ampla de insumos e medicamentos. Para resolver essa questão, houve transcrição de medicação, conforme indica o PCDT para as IST'S, para a dispensação posterior pela unidade de saúde. Também houve a preocupação com o registro das ações e orientações com as mulheres que foi uma tônica entre

todos os profissionais envolvidos no processo, de forma a permitir a continuidade da assistência, tendo em vista que essa equipe não segue sistematicamente o atendimento às mulheres.

Outro desafio foi a realização da abordagem ginecológica com mulheres vulneráveis às IST's, sem possibilidade da oferta de testes rápidos para sífilis, hepatites B e C e HIV, devido a limitação do espaço físico. Contudo, os casos específicos e vulneráveis foram aconselhados e encaminhados para testagem posterior com profissionais na Unidade de Saúde.

Considerações Finais

Essas experiências de troca de saberes mútuas entre Universidade e Comunidade permitem perceber as demandas da população envolvida e a entender as engrenagens que regem a rede social comunitária e sua íntima relação com as políticas públicas vigentes no país, ao tempo que, contribui para melhorar as condições de vida da comunidade por meio da pesquisa com consequentes atividades de educação em saúde. Por meio dessas experiências, é possível observar e discutir questões vinculadas às parasitoses mais prevalentes e a relação da população com os seus atores sociais e com o meio ambiente.

Diante da experiência, mesmo encontrando desafios, vislumbramos que as ações de extensão e pesquisa articuladas com a necessidade real da comunidade produziram respostas muito positivas. Como, por exemplo, a entrega de resultados de exames citopatológicos, parasitológicos e virológicos às comunidades, chamando a atenção para a questão de alcance de mulheres que nunca tinham realizado o preventivo antes. Logo, evidencia-se a satisfação da equipe de trabalho por favorecer contribuição social na comunidade e também estabelecer vínculos e parcerias de interesse para todas as partes. Os desafios e limites suscitam novas ações

extensionistas e de educação em saúde, de forma a contribuir mais amplamente com a população negra e a comunidade quilombola.

Referências

ANDRADE, V. R. M.; RIBEIRO, J. C.; VARGAS, F. A.. Conhecimento e atitude das adolescentes sobre o exame de Papanicolaou e papilomavírus humano. **Adolesc Saúde**. Rio de Janeiro, v.12, n.2, 2015. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=503&idioma=English#. Acesso em: 15 de julho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRINGHENTI, M. E. *et al.* Prevenção do Câncer Cervical: Associação da Citologia Oncótica a Novas Técnicas de Biologia Molecular na Detecção do Papiloma vírus Humano (HPV). **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Santa Catarina, v. 22, n. 3, p.135-140, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5533/2177-8264-201022305>. Acesso em: 15 jul. de 2020.

CABRAL-MIRANDA, G.; DATTOLI, V. C. C.; DIAS-LIMA, A. D. Enteroparasitas e condições socioeconômicas e sanitárias em uma comunidade quilombola do semiárido baiano. **Revista de Patologia Tropical**, v.39, n. 1, 48-55, 2010.

CANDIDO, S. A. *et al.* Infecção por Papilomavírus Humano de alto risco Oncogênico em mulheres atendidas no Programa de Saúde da Família da Cidade de Serra Talhada, Pernambuco. **Medicina Veterinária**. Recife, v.11, n.4 (out-dez), p.270-278, 2017. Disponível

em: <http://www.journals.ufrpe.br/index.php/medicinaveterinaria/article/view/1956/482482577>. Acesso em: 15 de jul. 2020.

CONAQ. Carta denúncia das mulheres quilombolas.

Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas. Disponível em: <http://conaq.org.br/noticias/carta-denuncia-das-mulheres-quilombolas/>. Acesso: em 29 de maio de 2020.

COOPER, P. J *et al.* Impacto f early life exposure to geohelminth infections on the development of vaccine immunity, allergic inflammatory diseases in children living in tropical Ecuador: the ECUAVIDA birth cohort study. **BMC Infectious**, v. 53, n. 11: 184-200, 2011.

DAMACENA, A. M.; LUZ, L. L.; MATTOS, I, E.. Rastreamento do câncer do colo do útero em Teresina, Piauí: estudo avaliativo dos dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero, 2006-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 71-80, jan. 2017. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000100071&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 jul. 2020.

FERNANDES, E. T. B. S. *et al.* Prevenção do câncer do colo uterino de quilombolas à luz da teoria de Leininger. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, e2016-0004, 2018. Available from. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100402&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jul. 2020.

GOES, E. F. Mulheres negras e brancas e o acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades.

82f. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

GROSSI, P. K.; OLIVEIRA, S. B.; OLIVEIRA, J. L. Mulheres quilombolas, violência e as interseccionalidades de gênero, etnia, classe social e geração. **Revista de Políticas públicas**. Maranhão, v. 22, 2018.

LETO, M. G. P. *et al.* Infecção pelo papilomavírus humano: etiopatogenia, biologia molecular e manifestações clínicas. **An. Bras. Dermatol.** Rio de Janeiro, v. 86, n. 2, p. 306-317, Apr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jul. 2020.

MARTINS, R. Do Cairo a Nairóbi: 25 anos da agenda de população e desenvolvimento no Brasil. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 36, e0094, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982019000100552&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 jul. 2020.

MENDES, A. N.; SILVA, A. C. C.; KOPPE, E. C.; FILGUEIRAS, L. A. Incidência de ascaridíase em comunidade quilombola de Cachoeira de Itapemirim, Espírito Santo, Brasil. **Boletim Informativo Geum**, v.7, n. 1, 28-33, 2016.

MENENDEZ, E. L. Intercultural health: proposals, actions and failures. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 109-118, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100109&lng=pt&nrm=iso. Acesso: em 13 out. 2016.

MOITA, M. A. G.; SILVA, A. L. “Bom dia professora, então vem para cá os avaliar?” Desafios e possibilidades da etnoenfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.22, n.1, p.216-23, jan-mar. 2013.

NASCIMENTO, A. (org.). **O negro revoltado**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

NUNES, B. C. **Giardia duodenalis em três municípios das regiões Norte e Nordeste do Brasil: Estudo epidemiológico molecular, ações de educação em saúde** (Tese de Doutorado em Ciências). Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz; 2016. 180 p.

OLIVEIRA, C. R *et al.* Missed opportunities for HPV immunization among young adult women. **Am. J. Obst. Gyn.**, v. 218, 2017.

PARÉ, M. L.; OLIVEIRA, L. P.; VELLOSO, A. D. A educação para quilombolas: experiências de São Miguel dos Pretos em Restinga Seca (RS) e da comunidade Kalunga do Engenho II (GO). **Cad. Cedex**, Campinas, vol. 27, n. 72, p. 215-232, maio/ago. 2007.

PICHETH, S. F.; CASSANDRE, M. P.; THIOLENT, M. J. M. Analisando a pesquisa-ação à luz dos princípios intervencionistas: um olhar comparativo. **Educação** (Porto Alegre), v. 39, n. esp. (supl.), s3-s13, dez. 2016.

PULLAN, R. L.; SMITH, J. L.; JASRASARIA, R.; BROOKER, S. J. Global numbers of infection and disease burden of soil transmitted helminth infections in 2010. **Parasites Vectors**, v.21, p.3, 2014.

ROBERTSON, L. J. *et al.* Have food borne parasites finally become a global concern? **Trends Parasitology**, v. 29, p.101-113, 2013.

ROSINE, G. D. *et al.* Prevalência de parasitose intestinal em uma comunidade quilombola do semiárido baiano. **Aletheia**, v.51, n.1-2, p.97-107, jan./dez. 2018.

SANTOS, A.M. Controle de Infecção: necessidade de novos conceitos. **Revista Prática Hospitalar**, v. 28, n. 5, p. 1-4, 2003.

SANTOS, G. A. *et al.* Educação em saúde e prevalência de enteroparasitos em comunidades quilombolas. *In: Anais da V Reunião Anual da Ciência, Tecnologia, Inovação e Cultura no Recôncavo da Bahia*, 16/17 de out. 2019.

SANTOS JUNIOR, E. R. *et al.* Relato de una estrategia lúdica educativa que promueve el control de insectos de importancia médica e interés en Salud Pública. **J. Health Biol Sci**, v. 6, n. 3, p. 242-248, 2018.

SANTOS, R. C.; SILVA, M. S. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. **Saúde e Sociedade**, v.23, n. 3, p.1049-1063, 2014.

SARZI, D. M. *et al.* Cenário de morbimortalidade por câncer de colo de uterino. **Rev. Enf. UFPE Online**, v. 11, 2017.

SILVA, E. F.; SILVA, V. B. C.; FREITAS, F. L. C. Parasitoses intestinais em crianças residentes na comunidade ribeirinha São Francisco do Laranjal, município de Coari, Estado do Amazonas, Brasil. **Rev Patol Trop.** 2012, 41(1):97-101, doi:10.5216/rpt.v41i1.17753.

SOUTO, R.G. *et al.* Avaliação das parasitoses intestinais e da esquistossomose hepática em uma comunidade quilombola, em São Francisco, MG. **Rev. Cient. da América Latina**, v.8, n. 2, p. 95-103, 2012.

SOUZA, A. C. *et al.* Perfil epidemiológico das parasitoses intestinais e avaliação dos fatores de risco em indivíduos residentes em um assentamento rural do nordeste brasileiro. **Rev Conexão UEPG**, v. 12, n. 1, 26-37, 2016. DOI:10.5212/Rev.Conexão.v.12.i1.0002.

SOUZA, A. T. S *et al.* Limites, desafios e potencialidades da ação do GEPAH/UFRB voltada à educação em saúde numa comunidade quilombola: prevenindo parasitoses - Um relato de experiência. *In: Anais do XI Seminário Estudantil de Pesquisa, Inovação e Pós-Graduação*, Cruz das Almas, BA, 05 a 06 de dez. 2017.

TAVARES, N. C. M. *et al.* Perfil clínico sexual e reprodutivo das mulheres que realizaram o exame Papanicolau no ambulatório de uma faculdade em São Luiz - MA. **Revista Interdisciplinar**, v. 10, n. 1, p. 129-138, jan. fev. mar. 2017.

UFRB. “**Bia e Vitor – Missão Zika Zero**”. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão do Ministério da Educação (Secadi) / Ministério da Educação. Pró-Reitoria de Extensão / Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, 2016. Disponível em: https://www2.ufrb.edu.br/combateaedes/images/kitpedagogico/HistorinhaZikaFinal_Producao.pdf. Acesso em:

VIEIRA, M. I. S. **Orientação sexual e HPV: as concepções docentes e a construção de uma proposta colaborativa de formação continuada para professores do ensino fundamental.** 2016. 99 f. Dissertação (Mestrado em Ensino de Ciências) –

Instituto de Ciências Exatas e Biológicas, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2016.

VILLELA, W. V.; MONTEIRO, S. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres.

Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 24, n. 3, p. 531-540, Sept. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300531&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jul. 2020.

WALDMAN, E. A.; SATO, A. P. S. Trajetória das doenças infecciosas no Brasil nos últimos 50 anos: um contínuo desafio. **Rev. Saúde Pública**, v 50, n. 22, 2016.

Atenção Básica e saúde da população negra

*Maria Clara Carneiro Bastos
Edna Maria de Araújo*

Introdução

A intersecção das discussões raciais na esfera da saúde vem tomando fôlego e possibilitando uma série de iniciativas centradas na criação efetiva de um campo de reflexão e de intervenção política (MONTEIRO; SANSONE, 2004). Essa perspectiva objetiva ampliar o debate sobre possíveis formas de enfrentamento ao racismo, a partir de um processo complexo no âmbito governamental, intelectual e da sociedade civil, de reconhecimento das desvantagens simbólicas e materiais que ainda acometem a população negra no país. A pauta racial representa um instrumento político para a superação das iniquidades étnico-raciais (MAIO; MONTEIRO, 2005).

No Brasil, indicadores apresentam as disparidades em saúde entre negros e brancos (IBGE, 2017), provando que as condições precárias de vida e a restrição de acesso aos serviços corroboram na produção de desigualdades étnico-raciais (PAIXÃO *et al.*, 2010). A literatura nacional sobre a mortalidade da população negra indica maior risco de morte por causas evitáveis, sejam elas doenças cardiovasculares ou causas externas que dialoguem com indicadores sociais (VOLOCHKO, 2005; PORTELLA *et al.*, 2019). Ademais, o cenário traçado reafirma a situação de maior vulnerabilidade da população negra também no acesso e utilização dos serviços de saúde (SANTA ROSA, 2013) e a correlação entre marcadores sociais e os efeitos do racismo nas condições de saúde dessa população (OLIVEIRA, 2016).

Nesse sentido, a inclusão de uma política de saúde transversal ao Sistema Único de Saúde (SUS), direcionada à população negra, constitui um processo relativamente recente, sendo aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006 e oficializada pelo Ministério da Saúde em 2009. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi criada por força de lideranças do movimento negro e de outros atores sociais, tendo em vista as disparidades em saúde entre negros e brancos (BATISTA; KALCKMANN, 2005).

A PNSIPN veio a definir os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão voltadas para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população (GOMES *et al.*, 2017). O reconhecimento da necessidade de se instituir uma política compensatória voltada para a saúde da população negra faz parte dos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988, Art. 1º, inc. II e III), do repúdio ao racismo (BRASIL, 1988, Art. 4º, inc. VIII), e da igualdade (BRASIL, Art. 5º, *caput*). É também coerente com o objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988, Art. 3º, inc. IV).

A PNSIPN está em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, onde a Atenção Básica à saúde é caracterizada como estratégia flexível e essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas, colocadas ao alcance universal de indivíduos e da comunidade, em um processo conjunto de produção social de saúde, constituindo o primeiro elemento de um continuado processo de assistência. Sendo assim, a produção social é entendida a partir da complexidade do sujeito que se relaciona ao desenvolvimento social, subjetivo, de gênero e étnico-racial. A interlocução entre a Atenção Básica e a comunidade é fundamental para a implementação de políticas públicas, destacando-se as políticas de igualdade racial (SANTOS; SANTOS, 2013).

A implementação da PNSIPN é uma das metas dos movimentos sociais e deveria ser também uma meta dos governos municipais, estaduais e federal para o alcance da equidade em saúde (BARROS; SOUZA, 2016). Por esse motivo, o presente capítulo torna-se relevante, ao refletir sobre a necessidade de que os trabalhadores do SUS, especialmente os trabalhadores da Atenção Básica, exponham suas percepções e conhecimentos sobre essa Política e a ponha em prática, assim como identifiquem as possibilidades e limitações para sua implementação.

Portanto, este capítulo é resultado de um estudo que buscou entender qual é a percepção dos trabalhadores de saúde do SUS sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra nos estados da Bahia, Sergipe e São Paulo, assim como, analisar o conhecimento de profissionais e gestores da Atenção Básica sobre a PNSIPN.

Metodologia

O desenho do estudo que fundamenta este capítulo é do tipo descritivo com abordagem quanti-qualitativa, no qual se utilizou da estatística descritiva e da Análise de Conteúdo de Bardin (BARDIN, 2004) para caracterizar sociodemograficamente os profissionais e gestores de saúde do SUS alocados na Atenção Básica, e conhecer a percepção e o entendimento deles sobre a PNSIPN.

A amostra dos locais de realização da pesquisa na região Nordeste e Sudeste foi feita por conveniência. Dessa forma, os locais de realização das entrevistas consistiram em municípios do Estado da Bahia (Salvador, Feira de Santana, Cachoeira e Simões Filho), de Sergipe (Aracajú, Lagarto e São Cristovão) e São Paulo (São Roque, São Caetano do Sul e São Paulo).

O instrumento de coleta de dados consistiu em entrevistas estruturadas (GIL, 1994), e a partir disso foi entrevistado um total de

37 indivíduos, onde 19 deles eram gestores e 18 eram trabalhadores da Atenção Básica.

A análise da implementação, através da percepção dos profissionais e gestores de saúde da Atenção Básica, é considerada pertinente para o estudo realizado, haja vista esse nível de atenção ser responsável por atender à grande maioria das necessidades de saúde da população. É pertinente também analisar a visão dos profissionais de diferentes regiões e realidades, como é o caso dos estados da Bahia e Sergipe no Nordeste, e São Paulo no Sudeste, na organização da Rede de Atenção, bem como verificar a influência do ambiente e do contexto no qual a política está sendo implantada.

Em relação aos achados quantitativos, a partir dos dados sociodemográficos levantados foi traçado o perfil epidemiológico dos sujeitos estudados. Para isso, foi utilizada a estatística descritiva com o objetivo de descrever, organizar e sumarizar um conjunto de dados sobre a população estudada (TWYXCROSS; SHIELDS, 2004).

Para a construção do banco de dados e análise estatística foram utilizados os *softwares* Microsoft Office Word e Excel 2007 para Windows, e o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 11.0.

Em termos qualitativos, a organização e o tratamento dos dados foram realizados através do *software* IRAMUTEQ R (*Interface de R pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) *software* livre ligado ao pacote estatístico R, versão 0.7 alpha 2. A análise de dados qualitativos foi realizada de acordo com o referencial teórico da Análise do Conteúdo de Bardin (BARDIN, 2004), na modalidade de Análise Categórica Temática, que se fundamenta em três grandes polos: a pré-análise; a exploração do material; e, por fim, o tratamento dos resultados se baseando na inferência e interpretação (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

A teoria desenvolvida por Minayo *et al.* (2002) também foi um dos alicerces metodológicos para a análise qualitativa da pesquisa. Não obstante, a metodologia envolveu concepções teóricas que possibilitaram a construção da realidade, por meio da dinâmica de

compreensão das percepções que transparecem questões históricas, culturais, de classe, faixa etária ou qualquer outro implicador no processo identitário dos entrevistados.

Assim, este capítulo é resultado de um estudo, que por sua vez, é um subprojeto de uma pesquisa maior, intitulada “Avaliação da Atenção à Saúde da População Negra e a Intersecção do Racismo sobre as Práticas de Cuidado em Estados do Nordeste e do Sudeste Brasileiro”.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP-UEFS), conforme preconiza a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012) e a Resolução CONSEPE N° 007/2015, que institucionalizou o projeto de pesquisa na UEFS. Reitera-se que, os princípios éticos foram contemplados no desenvolvimento da pesquisa ao se preservar a privacidade dos entrevistados e o caráter sigiloso das informações, zelando assim pela integridade e bem-estar dos envolvidos.

Resultados e discussão

No estudo foi possível traçar o perfil sociodemográfico dos 37 entrevistados nos Estados da Bahia, Sergipe e São Paulo, levando-se em consideração variáveis como a identificação do sexo, faixa etária, raça/cor da pele, escolaridade, localidade e função profissional, entre gestores e profissionais da Atenção Básica de Saúde.

Notocante às características sociais e demográficas, foi observado que a proporção de profissionais e gestores de saúde da Atenção Básica foi 74,3% do sexo feminino, enquanto 25,7% corresponderam ao sexo masculino. A faixa etária de maior predominância foi dos 31 aos 40 anos, correspondendo a 43,3% dos entrevistados, seguida da faixa etária de 21 a 30 anos, com 23,3%. A categoria de identificação racial mais frequente foi preta (35,1%), seguida da raça/cor parda (32,4%). No que tange à escolaridade, 73% dos entrevistados possuíam algum curso completo de Pós-Graduação.

No que se refere à origem dos entrevistados, 43,2% eram do Estado da Bahia, 43,2% do Estado de Sergipe e 13,6% do Estado de São Paulo. No que diz respeito à função profissional, 48,6% eram profissionais e 51,4% gestores de saúde alocados na Atenção Básica.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa.

Características sociodemográficas	N	%
Sexo (n = 35)¹		
Feminino	26	74,3
Masculino	9	25,7
Faixa etária (n = 30)²		
21 a 30 anos	7	23,3
31 a 40 anos	13	43,3
41 a 50 anos	4	13,3
51 a 60 anos	3	10,0
60 anos ou mais	3	10,0
Raça/cor da pele		
Branco	11	29,7
Pardo	12	32,4
Preto	13	35,1
Amarelo	1	2,7
Escolaridade		
Ensino Médio	3	8,1
Ensino Superior	7	18,9
Pós-Graduação	27	73,0
Localidade		
Sergipe	16	43,2
São Paulo	5	13,6
Bahia	16	43,2
Função profissional		
Gestores	19	51,4
Trabalhadores	18	48,6

¹ Dois participantes da pesquisa não informaram o sexo.

² Sete participantes da pesquisa não informaram a idade.

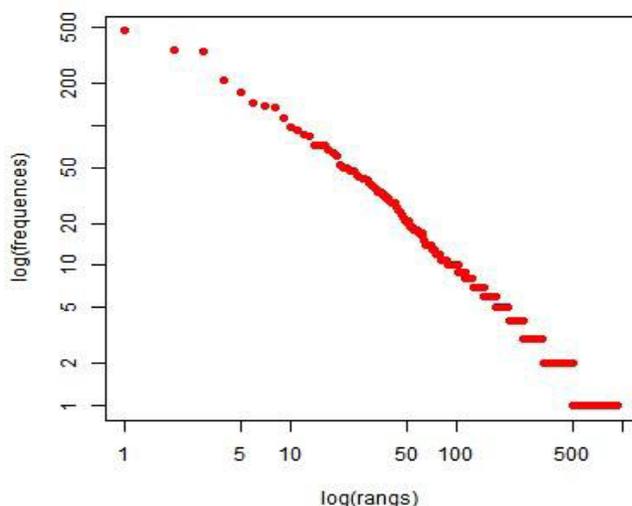
N: valor absoluto.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

No que corresponde aos resultados qualitativos, o conteúdo das 37 entrevistas compôs o *corpus textual* analisado pelo *software* IRAMUTEQ, em uma análise monotemática. Na estatística lexical clássica e na lexicografia básica, realizou-se uma análise simples do

corpus, com o quantitativo efetivo das formas ativas, suplementares e lista de hápax. O resultado é apresentado na figura 1.

Figura 1 – Apresentação dos resultados da análise estatística textual.



Resumo

Número de texto: 37

Número de ocorrências: 6433

Número formal: 931

Número de hápax: 429 (6.67% de ocorrências – 46.08% de formas)

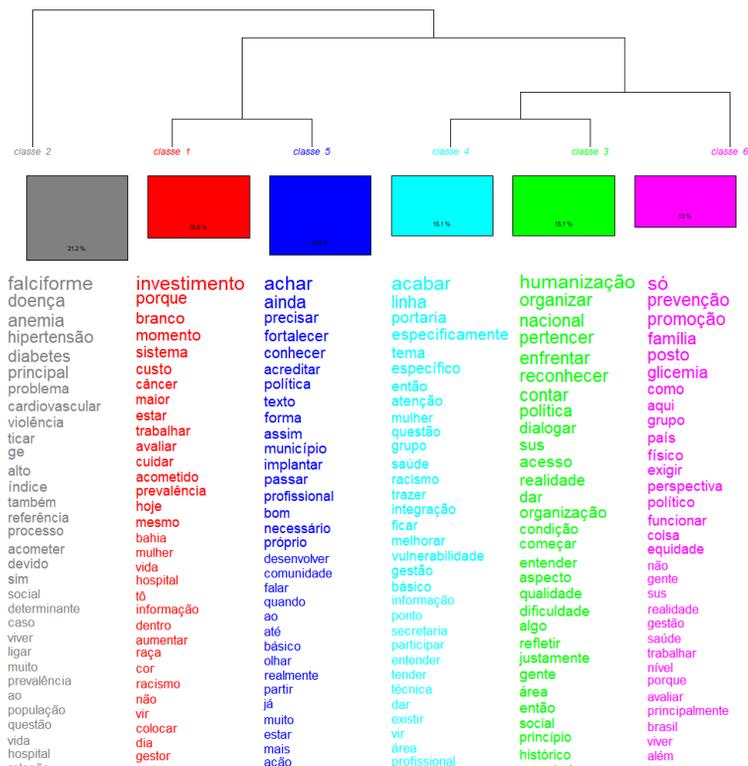
Média de ocorrências por texto: 173.86

Fonte: Apresentação fornecida pelo *software* IRAMUTEQ.

Foram contabilizadas 37 entrevistas, com um total de 6.433 palavras no *corpus* e 931 formas (unidade lexical), onde a média de formas por texto foi de 173,86.

No que diz respeito ao método *Nuvem de Palavras*, ocorreu o agrupamento e organização gráfica das palavras em função de sua frequência, possibilitando a identificação das palavras-chave do *corpus*. Neste caso, as palavras mais citadas foram: *população* – 55

Figura 3 – Dendograma com a porcentagem de UCE de cada classe e palavras com maior qui-quadrado (χ^2).



Fonte: Dendograma fornecido pelo *software* IRAMUTEQ.

Pela leitura das palavras em destaque, e da intersecção dos segmentos dos textos, a classe 1 apresentou 15,8% do *corpus*, onde explicita-se a ligação entre os investimentos, planejamentos e gestão, segundo as demandas e especificidades de raça/cor da pele. A classe 2 correspondeu a 21,2%, demonstrando os determinantes sociais em saúde e as doenças genéticas ou hereditárias mais comuns da população negra. A classe 3, com 15,1%, corroborou sobre os princípios do SUS, levando em consideração a humanização, a qualidade e a equidade do cuidado. A classe 4, obteve 15,1% e

A *Representação Fatorial* fornecida pelo software IRAMUTEQ, portanto, confirmou a interligação das classes e permitiu a recuperação do contexto em que as palavras foram associadas com significância estatística. Para tanto, destaca-se que, apesar da diversidade de percepções e das particularidades regionais, locais e da função profissional de cada entrevistado, sendo gestores ou profissionais de saúde alocados na Atenção Básica, os discursos dialogam entre si, de modo a apresentar uma interlocução entre os principais processos de adoecimento ao qual a população negra é submetida, a ligação da PNSINP aos princípios e diretrizes do SUS e a articulação de gestão para que investimentos sejam dispostos à temática, assim como também foi salientado na *Análise em Dendograma*.

O conjunto de análises quali-quantitativas, mediadas pela estatística lexical e a construção das classes pelo método de *Classificação Hierárquica Descendente* (CHD), realizada pelo IRAMUTEQ, resultou em indicativos para o surgimento das categorias de discussão. Após uma pré-análise qualitativa, seguindo a modalidade de Análise Categórica Temática (BARDIN, 2004) e da uniformidade das percepções para a compreensão das influências históricas e sociais (MINAYO *et al.*, 2002), a classificação e categorização emergiram a partir da percepção dos participantes sobre a PNSINP e os determinantes sociais em saúde da população negra, como se observa no quadro 1.

Quadro 1 – Categorias utilizadas no estudo, resultantes das técnicas de análise desenvolvidas a partir do conteúdo das entrevistas.

Categorias Temáticas	Classes pelo IRAMUTEQ
Racismo e determinantes sociais	Classe 1; Classe 2; Classe 4.
Iniquidades étnico-raciais	Classe 3; Classe 6; Classe 4.
Implementação da PNSINP	Classe 1; Classe 3; Classe 4; Classe 5; Classe 6.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Racismo e determinantes sociais

Na sociedade brasileira, brancos, negros (pretos e pardos) e indígenas ocupam espaços sociais diferentes, que refletem em alarmantes indicadores de escolaridade, acesso à saúde e bens e serviços (PAIXÃO *et al.*, 2010). A desigualdade deriva de constructos históricos que ocasionam isolamento espacial, social e restrições em participações políticas (GUIMARÃES; HUNTLEY, 2000; HERINGER, 2002). Esse processo, que determina diferentes inserções sociais está fundamentado na prática de racismo enraizado na cultura, no tecido social e no comportamento da sociedade brasileira (MUNANGA; GOMES, 2006).

Para Décio Saes (1985), o estado brasileiro deslegitimou a existência da população negra no período de escravidão formal e legal (1500 e 1888), mas continuou um projeto autoritário e excludente ao longo dos eventos históricos que se seguiram. No período Republicano, à população negra foi negado o direito à terra, à educação e ao trabalho, restando um processo violento de marginalização e descaso. Atualmente, a história expressa suas marcas nas desigualdades estruturais de raça, gênero e pobreza, fatores que acarretam na complexidade das condições de saúde da população negra (HERINGER, 1999; BATISTA, 2002).

O racismo pode ser compreendido como um fenômeno ideológico, indicativo de violações de direitos e produção de iniquidades, especialmente no campo da saúde (WERNECK, 2005). O racismo diz respeito a uma trama social que afeta e possibilita diferentes condições de nascimento, trajetória familiar e individual, condições de vida e moradia, condições de trabalho e renda. Assim como, apresenta-se no impedimento da qualidade do cuidado e da assistência em saúde, nos perfis e estimativas de mortalidade infantil, nos sofrimentos evitáveis ou mortes precoces (BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS, 2013).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra se constitui no reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde da população negra. Nesse sentido, o advento da PNSIPN permite a identificação das diferenças e a distinção das necessidades concretas, seja de saúde ou segurança, enfocando a equidade – entendida como superação das diferenças injustas e evitáveis – no acesso aos serviços e inclusão dos grupos em situação de vulnerabilidade (BATISTA; WERNECK; LOPES, 2012). Desse modo, o reconhecimento dos marcadores sociais e históricos interfere no processo saúde-doença-cuidado da população negra:

[...] Eu me preocupo muito como é que isso se conduz para uma população que é realmente vulnerável, para grupos que realmente vivem em situação de miséria, de extrema necessidade. Quando nós falamos da vulnerabilidade, nós falamos de todo um contexto, de todo um conjunto, mas que a partir de elementos básicos essa vulnerabilidade se constrói (Gestor 32).

Para Trad e Brasil (2012), a implementação da Política se justifica por meio da necessidade de instituir a equidade de ações e serviços, sendo esse o primeiro passo para a aceitação da iniquidade racial como fenômeno amplo que precisa ser combatido em diversas esferas.

A garantia do acesso e oferta do cuidado só se torna possível quando há reconhecimento dos marcadores sociais implicados nas condições de vida e saúde da população negra (OLIVEIRA, 2016), bem como o reconhecimento das patologias que mais acometem esse seguimento populacional, para assim lhe ofertar um serviço efetivo:

Existem doenças específicas na população negra, devido a causas hereditárias, e eu acho que a questão da desigualdade vem trazendo também, vem um aspecto importante que acaba interferindo na saúde, então a desigualdade, o racismo [...]. A desigualdade é um fator sim, importante, que pode

interferir na saúde da população. A gente já tem um conhecimento das principais doenças, como hipertensão arterial, anemia falciforme, deficiência de glicose fosfato (Gestor 2).

O que a gente vê de principais problemas de saúde da população negra [...] é a questão da hipertensão... arterial e da anemia falciforme, que a gente tem um índice muito elevado de pacientes que têm anemia falciforme e que procura o Hospital Geral do Estado quando eles estão em crise é... falcêmica (Profissional 3).

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2017), a doença genética ou hereditária mais comum na população negra é a Anemia Falciforme – doença hereditária, decorrente de mutação genética –, que pode ser encontrada em frequências que variam de 2% a 6 % da população brasileira em geral, e de 6% a 10% na população negra. Apesar de a Anemia Falciforme ser a doença genética mais comum entre a população negra no Brasil e no mundo, não existe acompanhamento sistematizado na Rede da Atenção Básica, faltam medicamentos essenciais para o tratamento e não há vigilância epidemiológica da doença para seu monitoramento (SALVADOR, 2006).

O Diabetes *Mellitus* (tipo II) é a quarta causa de morte e a principal causa de cegueira no Brasil, atingindo com maior frequência homens negros (9% a mais que homens brancos) e mulheres negras (50% a mais que mulheres brancas). A hipertensão arterial é mais alta entre homens e tende a ser mais complicada em negros, de ambos os sexos (BRASIL, 2017). Nesse sentido, pode-se perceber que para além das doenças genéticas ou hereditárias, as especificidades do processo saúde-doença derivam das condições de vida, trabalho, alimentação, assim como das situações de vulnerabilidade social, violência e falta de acesso a serviços básicos:

As questões que têm a ver com os processos de saúde da população, elas têm aspectos históricos, seja dos determinantes sociais da

saúde, que também nesse processo arrefecido com as questões de saúde, então a gente tem as questões de saúde, né? Que é a própria diabetes, hipertensão, a doença falciforme, que são uma característica de doença que tem uma predominância também na população negra. A gente tem esses principais aspectos cardiovasculares, mas a gente também tem questões que dialogam com os determinantes sociais de saúde que são, sobretudo, os processos de violência, as manifestações das questões sociais que a população negra vivencia no nosso país [...]. Nós temos hoje uma situação de agravamento da pauperização, do empobrecimento e isso reflete no acesso à saúde, reflete na promoção de saúde dessa população que acaba tendo uma dificuldade de acesso e, por conta disso, agravando sua condição de saúde (Gestor 10).

As disparidades raciais em saúde no Brasil evidenciam que pode haver diferenças no perfil de morbimortalidade da população possivelmente determinadas pelo racismo institucional que não permite, ou pelo menos dificulta, a implementação da PNSIPN. As diversas reflexões sobre desigualdades étnico-raciais em saúde têm por objetivo demonstrar as nuances entre as etiologias do adoecimento da população negra e as formas de cuidado ofertadas.

Pondera-se que há um tratamento diferenciado entre os grupos étnico-raciais na área da assistência, que perpassa pelo planejamento, gestão e avaliação dos serviços, de modo a vulnerabilizar e desassistir esse segmento populacional (SOUZA; VAZ MENDES; BARROS, 2008). Ainda, de acordo com Santa Rosa (2013), é possível dizer que a discriminação racial opera de maneira velada nos serviços de saúde.

Iniquidades étnico-raciais

A Lei nº 12.288 (Estatuto da Igualdade Racial) demonstra a força da PNSIPN e estimula a implementação de ações afirmativas em saúde, visando a promoção da equidade (BATISTA; WERNECK;

LOPES, 2012). Mas, a despeito desta Lei, a PNSIPN não tem sido implementada e a discriminação racial é destacada na literatura como um importante fator para essa realidade.

Priest *et al.* (2013) e também Bastos e Faerstein (2012) chamam a atenção para o fato de que a discriminação racial tem sido reconhecida como determinante das iniquidades étnico-raciais em saúde, com evidente crescimento e forte associação entre discriminação racial e efeitos na saúde de adultos, jovens e crianças.

Essas constatações empíricas, diferenças raciais e vulnerabilidades oriundas do processo saúde-doença somente são possíveis de ser monitoradas em virtude da incorporação do quesito raça/cor nos sistemas de informação de saúde (BATISTA; WERNECK; LOPES, 2012). Nesse sentido, nota-se que a autodeclaração étnico-racial permite subsidiar a efetivação de políticas como a PNSIPN e ações de saúde universais, destinadas à superação de iniquidades em grupos específicos.

Um estudo realizado em São Paulo, em 2007, evidenciou que 60,0% dos pretos e 40,8% dos pardos já sofreram discriminação racial nos dispositivos de saúde, salientando que o preconceito e a discriminação são variáveis ainda presentes na sociedade brasileira e que se mostram nos serviços de saúde (KALCKMANN *et al.*, 2007). Assim como no presente capítulo, evidencia-se que a percepção de muitos profissionais e gestores de saúde alocados na Atenção Básica se distanciam dos princípios e objetivos da PNSIPN:

Na verdade, quando tem alguma coisa voltada para a população negra, eu acho que a própria pessoa negra se discrimina (Gestor 14).

Mudar de política e a própria população se posicionar em relação ao que é seu de direito [...]. Eu acredito que a população negra também é muito preconceituosa. Não vejo porque se magoar quando alguém diz que você é negro. A mesma coisa me dizem para mim: Você é branquela! Eu não me magoo com isso, é a realidade (Profissional 24).

Nesse sentido, argumenta-se que uma política de ação afirmativa possibilita reforçar o racismo, pois segrega pessoas em grupos diferentes e políticas específicas:

Já ouvi falar da política, quando tem as datas marcadas, consciência negra, aí eu ouço falar. Nos serviços ou outros espaços, não [...]. Para mim é aumentar essa discriminação, se eles estão lutando tanto para serem iguais, para que ter um dia da consciência negra? (Profissional 34).

É porque eu vejo a população negra como um todo, não tenho essa abordagem de separar negro, separar branco, eu não vejo isso (Gestor 36).

Pode-se destacar, nas falas acima, que a Política é vista como um instrumento de privação ao direito constitucional de igualdade e que as políticas compensatórias para a população negra implicariam na redução dos direitos da parcela da população que não é alvo desse dispositivo (SANTOS; SANTOS, 2013). Ademais, de modo geral, não julgam a Política como necessária e apontam que a mesma tende a reforçar a discriminação racial.

Conquanto, a PNSIPN foi criada devido às forças de movimentos sociais, especialmente dos movimentos negros, para o reconhecimento das violações históricas que acarretam as iniquidades de saúde, a partir de seus objetivos de redução das desigualdades sociais. Nesse cenário, segundo Cunha (2012), a resistência à crença de racismo na sociedade brasileira pode ser associada a uma ideologia de “democracia racial” e que, ao focar esse recorte, fomentar-se-ia um racismo inexistente. Vale destacar que o racismo corresponde a uma programação social a qual todos estão submetidos e propensos a reproduzir, consciente ou inconscientemente (LOPES, 2004).

Implementação da PNSIPN

Por meio do estudo realizado, compreendemos que a Atenção Básica é a porta de entrada para o SUS e se difere dos outros

níveis de atenção, principalmente pelas tecnologias dispostas no cuidado, tendo como caráter primordial a não segmentação em especificidades, considerando os contextos sociossanitários dos indivíduos. Nesta acepção, há capacidade singular de lidar com as necessidades ampliadas em saúde relacionadas às condições de vida das pessoas. O exercício de trabalhar com comunidades adstritas possibilita também o conhecimento acerca das condições sociais em que vivem seus habitantes. As programações e estratégias são espaços privilegiados para o desenvolvimento e estabelecimento do direito e da cidadania no espaço de saúde, pensando em ações que atendam à lógica da equidade (BATISTA; WERNECK; LOPES, 2012).

Corroborando com os estudos sobre a temática, a pesquisa de Gomes *et al.* (2017) aponta que poucas ações específicas em saúde são voltadas para a população negra. Essa perspectiva se aproxima das percepções dos profissionais e gestores da Atenção Básica sobre a PNSIPN, onde se inicia um desenvolvimento, porém, exige-se amadurecimento e divulgação, como demonstram as seguintes narrativas:

Eu acompanho muito pouco, assim, porque são ações que começaram recentemente (Gestor 9).

Não sei muito, já ouvi falar, mas falta conhecimento (Profissional 4).

Eu realmente confesso que não tenho recebido informações sobre isso aqui (Gestor 7).

Estudos importantes sobre a situação da população negra no Brasil e seus determinantes sociais em saúde foram norteadores para as ações e estratégias desta Política. Para tanto, destacam-se as pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), ambas nos anos 2000, que proporcionaram dados que demonstram renda baixa, tanto no nível individual como domiciliar *per capita*. Assim como o Relatório Saúde Brasil, publicado em 2005,

apresentou uma análise segundo raça, cor e etnia, que permitiu constatar a situação de vulnerabilidades e agravos a que a população negra estava submetida. Não obstante, a divulgação desses dados intensificou a luta por uma política de reparação e atenção a essa população, de modo a destacar a responsabilidade e a participação das esferas estaduais e municipais para sua implantação (GOMES *et al.*, 2017; BATISTA, WERNECK, LOPES, 2012).

Nessa perspectiva, instituiu-se a criação dos Comitês Técnicos de Saúde da População Negra (SPN) ou de responsável técnico para coordenar as ações em SPN, que deveriam compor as estratégias definidas por Secretarias Estaduais e Municipais para disseminar a PNSIPN, sensibilizar profissionais e inserir essa Política no SUS. Porém, evidencia-se que o processo de implementação da Política encontra dificuldades para sua execução:

Eu acho que só é possível implantar uma política dessa se você tiver uma instância, ou um comitê, ou uma área técnica, ou uma comissão, qualquer coisa desse jeito, porque se você não tiver isso, você não implanta (Gestor 21).

Poucas pessoas, uma parte da população não conhecem ou os próprios profissionais mesmo não conhecem e podem até desenvolver ações, sem saber o que é a Política, sem saber o que é o que ela traz, o que ela aborda [...]. Eu acho que o texto traz muitas ideias, traz conceitos, e a gente pode utilizar de maneira eficaz junto à saúde, mas acredito que ainda é necessário avançar no que se refere ao profissional (Gestor 2).

Em linhas gerais, as evidências observadas sugerem que a PNSIPN ainda não conseguiu alcançar os objetivos previstos, desde o seu processo de implementação, bem como de gestão participativa, participação popular, controle social, formação e educação permanente dos profissionais de saúde, tendo em vista a equidade em saúde da população negra (BRASIL, 2007). Diante de um cenário sociopolítico de instabilidade, de desinteresse na

desconstrução do racismo e de congelamento orçamentário após a Emenda Constitucional nº 95/2016, o novo regime fiscal demonstra uma antidemocracia econômica que inviabiliza a expansão e a manutenção de políticas públicas (MARIANO, 2017; MAZON *et al.*, 2018) como a PNSIPN, mais uma vez, retirando de cena as pautas raciais no âmbito da saúde. Portanto, o que se percebe é a perpetuação das engrenagens do racismo institucional que inviabiliza o processo de implementação efetiva de uma política embasada na equidade e na superação das iniquidades étnico-raciais em saúde da população negra.

Considerações finais

Por meio do estudo realizado, foi possível analisar o processo de implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Nordeste e Sudeste brasileiro. Através das percepções dos profissionais e gestores da Atenção Básica, participantes do estudo, concluiu-se que, do ponto de vista da caracterização sociodemográfica, predominaram indivíduos do sexo feminino nos serviços da Atenção Básica, localizados na faixa etária de 31 a 40 anos. Apesar de a maioria possuir algum curso completo de Pós-Graduação, pouco se sabia acerca da PNSIPN.

Foi evidenciado, no processo de classificação e categorização qualitativa dos dados, que os gestores de saúde e os profissionais da Atenção Básica confluem no que diz respeito à percepção da Política. Nesse sentido, a diferenciação da função profissional não demonstrou grandes diferenças discursivas. As especificidades territoriais do Estado da Bahia, de Sergipe e de São Paulo demonstraram que, apesar dos avanços na implementação da legislação e das medidas para esse fim, a efetuação da Política ainda não se concretizou em nenhum dos estados citados, sendo de suma importância investir em ações para sua materialização.

Observou-se também que a PNSIPN integra um modelo de gestão em consonância com o SUS, no qual o grupo étnico-racial em destaque adquire aparato específico que legitima a promoção de saúde na atenção e no cuidado, de modo a possibilitar a diminuição das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e às discriminações nos dispositivos do SUS. A Atenção Básica, como estratégia primordial, corrobora com a atenção e o cuidado à saúde da população negra, posto que a possibilidade de atuação em comunidade permite maior domínio das especificidades e demandas particulares de cada grupo étnico-racial em seu território e contexto, potencializando a viabilização desta Política no âmbito da saúde pública.

Ademais, as evidências observadas poderão contribuir para o conhecimento sobre o processo de implementação da PNSIPN, os desafios e as possibilidades para uma saúde universal, continuada e embasada na equidade. Para tanto, é preciso fomentar discussões sobre os objetivos e as metas da PNSIPN, considerando-a como mecanismo compensatório e de reparação aos diversos tipos de violências históricas e contemporâneas às quais a população negra está submetida.

Referências

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70; LDA, 2004.

BARROS, Fernando Passos Cupertino de; SOUSA, Maria Fátima de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9-18, mar. 2016.

BASTOS, João Luiz; FAERSTEIN, Eduardo. Conceptual and methodological aspects of relations between discrimination and health in epidemiological studies. **Cad. Saúde Pública**, [Internet], v. 28, n. 1, p. 177-183, jan. 2012.

BATISTA, Luiz Eduardo. **Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte**. 2002. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade de São Carlos, São Paulo, 2002.

BATISTA, Luís Eduardo; MONTEIRO, Rosana Batista; MEDEIROS, Rogério Araújo. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 681-690, dez. 2013.

BATISTA, Luiz Eduardo; KALCKMANN, Suzana. Em busca de equidade no Sistema Único de Saúde. *In*: SEMINÁRIO SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA, 1, 2005. **Anais...** São Paulo: Instituto de Saúde, 2005. p. 21-27.

BATISTA, Luiz Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda (org.). **Saúde da População Negra**. 2 ed. Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

BRASIL. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. [Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra]. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto Contexto – Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, dez. 2006.

CUNHA, Estela Maria Garcia de Pinto da. Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. *In*: BATISTA, Luiz Eduardo *et al.* **Saúde da População Negra**. Brasília: ABPN, 2012. p. 37-48.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GOMES, Iracema Costa Ribeiro *et al.* Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra na Bahia. **Rev. Baiana Enferm.**, v. 31, n. 2, p. 1-12, 2017. 31920: e21500.

GUIMARÃES, Antônio Sérgio Alfredo; HUNTLEY, Lynn. **Tirando a máscara: ensaios sobre o racismo no Brasil.** [S.l.: s.n.], 2000.

HERINGER, Rosana (org.). **A cor da desigualdade: desigualdades raciais no mercado de trabalho e ação afirmativa no Brasil.** Rio de Janeiro: Instituto de Estudos Raciais e Étnicos, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.

HERINGER, Rosana (org.). **Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, supl. p. S57-S65, 2002. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700007>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0102-311X2002000700007&lng=en&nr m=iso>. Acesso em: 9 nov. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2016: Outras formas de trabalho.** Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Nota Técnica, Vidas Perdidas e Racismo no Brasil.** Brasília: IPEA, 2013.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça.** Brasília: IPEA, 2008.

KALCKMANN, Suzana *et al.* Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 146-155, ago. 2007.

LOPES, Fernanda. Experiências desigualdades ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. *In: SEMINÁRIO DA POPULAÇÃO NEGRA*, 1, 2004. **Anais...**, 2004.

MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. **Hist. Cienc. Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 419-446, ago. 2005.

MARIANO, Cynara Monteiro. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Rev. Investig. Const.**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 259-281, abr. 2017.

MAZON, L. M. *et al.* Execução financeira dos blocos de financiamento da saúde nos municípios de Santa Catarina, Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 38-51, 31 mar. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al.* **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21 ed. Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 2002.

MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (org.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

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

OLIVEIRA, Regina Marques de Souza (org.). **Cenários da Saúde da População negra no Brasil – diálogos e pesquisas**. Cruz das Almas: Fino Traço/EDUFRB, 2016.

PAIXÃO, Marcelo *et al.* **Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil; 2009-2010**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

PRIEST, Naomi *et al.* A systematic review of studies examining the relationship between reported racism and health and wellbeing for children and young people. **Soc Sci Med** [Internet], p. 115-127, out. 2013.

PORTELLA, Daniel Deivson Alves *et al.* Homicídios dolosos, tráfico de drogas e indicadores sociais em Salvador, Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 631-639, 2019.

SAES, Décio. **A formação do estado burguês no Brasil (1881-1891)**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Diagnóstico de saúde da população negra de Salvador. **Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra**. Salvador, 2006.

SANTA ROSA, Patrícia Lima Ferreira. **Mulheres negras, o cuidado com a saúde e as barreiras na busca por assistência: estudo etnográfico em uma comunidade de baixa renda**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

SANTOS, Josenaide Engracia dos; SANTOS, Giovanna Cristina Siqueira. Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 563-570, dez. 2013.

SOUZA, R. R; VAZ MENDES, J. D.; BARROS, S. (org.). **20 anos do SUS São Paulo**. São Paulo: SES-SP, 2008.

TRAD, L. A. B.; BRASIL, S. A. O movimento negro na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o Estado brasileiro. *In*: BATISTA, L. E. *et al.* **Saúde da População Negra**. Brasília: ABPN, 2012. p. 70-97.

TWYXCROSS, A.; SHIELDS, L. Statistics made simple. Part 4. Choosing the right statistical test. **Jornal Paediatric Ursing**, v.16, n. 8, p. 24, 2004. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Statistics-made-simple.-Part-4.-Choosing-the-right-Twycross-Shields/b98fcf2b69a270b478d815bfcbc7b745444ab9a8>. Acesso em: 20 jun. 2020.

VOLOCHKO, A. **Mortalidade evitável na região sul do Brasil, 2000: desigualdades raciais e sexuais**. 2005. Tese (Doutorado em Ciências) – Secretaria da Saúde de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, São Paulo, 2005.

WERNECK, Jurema. Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido. *In*: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da população negra no Brasil**: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Funasa, 2005. p. 315-386.

A “arte da escuta”: entre tradições e novas epistemologias

Raquel Souza

Introdução

As comunidades quilombolas, desde a Constituição Federal Brasileira de 1988, adquiriram maior visibilidade social e direito jurídico ao seu território. Ainda há, contudo, um longo caminho a ser percorrido para a afirmação positiva do direito à saúde nos quilombos. As doenças negligenciadas têm grande potencial de surgir em espaços marcados por múltiplas barreiras que impedem o acesso aos serviços públicos e de saúde. A intensa mobilização social auxilia no processo de consolidação dos direitos, mas o acesso aos serviços públicos e de saúde ainda é incipiente.

O pressuposto inicial para este trabalho é de que é necessário pensar a relação entre saberes e práticas de cuidado em saúde, revigorados por epistemologias científicas contemporâneas, que religuem os saberes tradicionais à espiritualidade associada a ele. O saber tradicional (re)existe em territórios quilombolas apesar das investidas hegemônicas e do processo de estigmatização.

Mobilização social

A mobilização social e política, em torno dos direitos e da cidadania, age como ferramenta valiosa para a criação de iniciativas capazes de transformar o cotidiano das comunidades. As artes do cotidiano e de resistência nas comunidades (re) existem associadas a uma espiritualidade própria, que as mantêm vivas por meio da história oral e de formas de organização social instituídas nas comunidades desde muito tempo. Os sentidos e

significados atribuídos à saúde e à cidadania são transformados tanto pela relação cotidiana com os tais serviços como pela ausência desse contato.

As mulheres quilombolas têm grande protagonismo na busca por soluções no ambiente das comunidades. A linguagem estruturada no cotidiano potencializa espaços de escuta, nos quais se estabelece uma “política de vida” própria de cada comunidade. Nesse contexto, há também o enfrentamento do racismo a partir de estratégias de resistência própria.

Hoje há um vívido pensamento negro sobre o fenômeno do racismo, que nos auxilia a pesar esse fenômeno no cotidiano, como Munanga (2004), Carneiro (2002), Paixão (2003), Davis (2014; 2016; 2017). A indiferença particularmente em relação aos sofrimentos dos outros é, no entanto, uma característica dos nossos tempos (SONTAG, 2003). O crescente sentimento de ódio e a democracia convivem, paradoxalmente (RANCIÈRE, 2014).

O mito da democracia racial produz a sensação de que entre nós, brasileiros, a escravidão não teria sido tão dura. É possível, entretanto, a partir desses achados bibliográficos, encontrar evidências sobre as condições de vida da população escravizada, que contestam essa tese (JORDÃO, 2015; LIMA; SENE; SOUZA, 2016; PINHEIRO; LEITÃO, 2016; SOUZA; CULPI, 2015; PINHEIRO; CARNEIRO, 2016; VASSALO; CICALO, 2015).

Os estudos sobre as condições de vida e de saúde da população negra escravizada, a partir de restos mortais, ossadas encontradas no Cais do Valongo (RJ) e em São Paulo, na região da igreja católica dos Aflitos, no bairro da Liberdade, retomaram a produção de conhecimento sobre a escravidão no Brasil, fundamentadas em novas bases empíricas.

Há uma gama variada de estudos sobre o Cais do Valongo (RJ) e sua configuração geográfica, social, econômica e política ao longo dos séculos. Nesse espaço é possível compreender a

escravidão como um fenômeno de magnitudes transatlânticas, com grande repercussão na vida das pessoas negras, ainda hoje.

O Cais do Valongo (RJ) é descrito na historiografia como um lugar de resistência, sendo de grande importância para a espiritualidade negra. Lá transitou a imperatriz Teresa Cristina de Bourbon, em meio ao pujante comércio e tráfico negreiro. As ossadas depositadas ali são reminiscências de um processo de gradativa gentrificação (RODRIGUES, 2005). Na pesquisa historiográfica de Rodrigues, sobre o tráfico negreiro de Angola ao Rio de Janeiro, entre os anos de 1780 a 1860, a mudança do cemitério que havia ali no cais aparece em documentos oficiais como uma medida sanitária.

De acordo com a compreensão da época, as condições de sepultamento dos negros, que chegavam mortos, morriam no trajeto ou eram abandonados ali já doentes, produziam um ambiente propício para o adoecimento. O entendimento sobre saúde e o surgimento de doenças existentes à época associava a evaporação da putrefação dos corpos, sepultados muito superficialmente no solo, ao surgimento de doenças e remete a teoria dos miasmas. Na região do Cais do Valongo (RJ), a nobreza circulou junto ao tráfico e aos restos mortais das pessoas negras, trazidas pelo tráfico negreiro, materializando o legado da escravidão (RODRIGUES, 2005).

A medicina praticada na região de tráfico negreiro se fez na interseção entre a medicina colonial, dos séculos 18 e 19, europeia, as práticas médicas populares e a experiência da gente negra, que era traficada.

O tráfico transatlântico foi uma primeira etapa de um longo processo, ainda em curso, de desenvolvimento de uma nova forma de expansão econômica global. A unificação microbiana do mundo resultou desse processo e criou um cenário para novas descobertas no campo da medicina no Brasil, que nasceu

da intersecção de saberes europeus-coloniais, negro-africano e indígena (ALENCASTRO, 2000).

Parte importante desses saberes negros e indígenas re(existem), ainda que outras formas de diagnósticos e de tratamentos sejam reinscritas no cotidiano, frente aos saberes considerados legítimos, hoje. O tráfico negreiro transatlântico foi um momento dramático para os povos negros-africanos e indígenas.

O olhar crítico sobre as relações raciais no Brasil, e no mundo, desnaturalizou o racismo e desafia saberes estabelecidos. A hipótese do racismo estrutural é parte importante da compreensão sobre a realidade social atual na saúde e em outros campos do saber. E é assim que, ao observarmos a persistência de padrões de morbidade e mortalidade existentes hoje, como resultado de processos estruturais (DAVIS, 2017; 2016; ALMEIDA, 2018), é que podemos constatar uma esperança de vida menor, com maior proporção de pessoas negras afetadas por causas evitáveis de adoecimento e morte.

Além disso, influem nesse quadro o menor nível de escolarização comparado aos brancos, as maiores taxas de desemprego, ainda que iniciem mais cedo no mercado de trabalho, e demais aspectos sociais e econômicos que impactam diretamente a vida dos negros na atualidade. Merece destaque, ainda, o fato de que a população negra é a população que mais usa o Sistema Único de Saúde (SUS) (PAIXÃO, 2003).

As barreiras no acesso aos serviços de saúde são importantes para pensar o racismo, já que a naturalização do racismo, segundo Carlos Moore (2012), subjaz num modo de pensar e de produzir ciência hegemônico. A desnaturalização do racismo nesse campo é, então, um ponto estratégico para refletir novas epistemologias e novas formas de fazer e pensar ciência.

O projeto COMQUISTA

O projeto de pesquisa COMQUISTA, além de um conjunto de dissertações de estudantes do programa de Relações Étnicas e Contemporaneidade do ODEERE-UESB, potencializou a produção de conhecimentos acerca das comunidades, sobre as condições de saúde da população quilombola da região de Vitória da Conquista (Bahia). As pesquisas contemplaram uma gama de assuntos, permitindo compreender melhor a vida na comunidade.

Os estudos mostraram menor acesso aos serviços de saúde, mesmo tendo um incentivo por parte do Governo Federal para melhorar o atendimento desse seguimento da população (GOMES et al., 2013). Na percepção de saúde das pessoas que vivem nas comunidades, considerando diversas enfermidades, como hipertensão arterial, dores nas costas, alcoolismo e depressão, enfim, em todos os problemas de saúde avaliados, os moradores das comunidades quilombolas têm piores indicadores de saúde.

A hipertensão é um problema crônico de saúde e atinge a população negra de modo diferenciado. Há estudos que buscam entender o processo de adoecimento, a dificuldade de tratamento e controle da doença. Tanto sua origem quanto seu agravamento podem possuir diversas origens, sendo, portanto, de difícil identificação. É comum, contudo, encontrar estudos que atribuem a hipertensão à dieta alimentar, estilo de vida, problemas relacionados aos medicamentos, entre outros dados.

A pré-hipertensão é considerada como um fator associado aos quadros hipertensivos e aos problemas cardiovasculares. Nesse quesito, a população quilombola tem um índice maior de quadros pré-hipertensivos que, associados a outros problemas de saúde, podem levar a problemas cardiovasculares graves (BEZERRA et al., 2017).

Há maior insegurança alimentar nas comunidades quilombolas da região de Vitória da Conquista (BA), de acordo com Silva et al. (2017)

tendo em vista que, os hábitos alimentares nessas comunidades são diferenciados quanto ao consumo de frutas e verduras. Apesar de manterem atividades físicas regulares, essas comunidades têm um consumo de frutas e verduras menor (SILVA *et al.*, 2017).

A violência contra jovens e adolescentes negros, a alta mortalidade negra por causas evitáveis está presente também em estudos de caráter epidemiológicos. Um importante estudo mostra que a violência sobre os jovens negros está associada ao racismo. Os estudos sobre *bullying*, não têm marcadores raciais claramente demarcados no processo de análise, mas representam um campo de estudo importante hoje nesse sentido (SCHRAIBER *et al.*, 2016). A escuta qualificada é fundamental, tanto no ambiente escolar, como no espaço dos serviços de saúde.

Formação em saúde

Até que ponto a criticidade é importante? Quais ferramentas são importantes para que o estudante possa se desenvolver criticamente? A perspectiva da interdisciplinaridade e do desenvolvimento de poli competências e a necessidade do pensamento ativo, tratado nas obras de Paulo Freire (2013), Bell Hooks (2017) e Edgar Morin (2011), ainda que muito prescrito em orientações pedagógicas e políticas curriculares, é pouco praticado, devido ao peso da trajetória escolar, tanto dos formadores como dos estudantes. E isso emperra o compromisso com um processo de mudança.

A “arte da escuta” nas comunidades quilombolas constitui-se como uma tecnologia leve para viabilizar ações em contextos de saúde adversos, guardando em si valores culturais das comunidades pelos quais (re)existem.

A importância de saberes tradicionais e sua relevância para a medicina popular corre pelo veio das artes e a partir de perspectivas transdisciplinares. A arte da “escuta”, fundamental em Saúde Coletiva, permite transposição para novas formas de conhecimento. O espaço

de reflexão, ainda que exíguo, se faz na dissolução das comunidades narrativas convencionadas para uma exposição própria.

É necessário construir espaços que escapem às armadilhas da subalternidade. O espaço da escrita, mais especificamente a autoetnografia, presente no ato de etnografar, é, então, fundamental nesse processo.

O aluno tem a oportunidade de envolver-se com uma forma de criação, ainda que banalizada pelo cotidiano, mas que tem um poder de materialização da ideia, do pensamento, da criação pessoal, e aos poucos vai se transformado em algo denso e próprio de cada um.

A busca de estratégias pedagógicas que retornem para o estudante o centro de reflexão, buscando elementos (auto) etnográficos de ligação com as artes da escuta, da observação e de objetivação do conhecimento através da escrita ou outras formas de linguagem, representa uma ferramenta potente num contexto em que tudo está fora ou é mediado por tecnologias, inclusive as fontes de afeto.

A autoetnografia permite a descoberta e a construção da ligação fundamental com o conhecimento como fonte de prazer e de construção de si e do outro a partir de relações éticas.

Formação e processos contemporâneos

A Saúde Coletiva busca compreender fenômenos de magnitudes populacionais, entre outros eventos. Além das ciências sociais, a epidemiologia, o estudo das práticas, políticas e planejamento em saúde, formam um conjunto de saberes estruturadores do conhecimento na Saúde.

Sendo assim, ela se consagrou por elaborar medidas e pela sensibilidade na predição de agravos à saúde. Há uma complexidade inerente ao processo de pesquisa, de produção do conhecimento na área, que não pode ser ignorada.

Os estudos de caráter sociodemográfico e epidemiológico, frente às transformações do mundo contemporâneo, geram a

necessidade de um ambiente capaz de produzir soluções e de inovar em saúde. Por outro lado, a crescente artificialização da vida, associada à transformação do mundo do trabalho, corroboram processos sistêmicos de exclusão no acesso aos serviços de saúde.

A descoberta e a concepção da ideia de representação e da perspectiva criaram novas formas de observação da experiência humana. O processo de abstração do real resultou em novas formas de entendimento do mundo. As noções de perspectiva e de representação passaram, então, a ser tão importantes como as coisas em si mesmas. A (re)existência negra se dá no confronto entre saberes hegemônicos, de regimes de produção de verdade e de entendimento da realidade social. A ideia de representação e a perspectiva, reinscritas na leitura e no entendimento do mundo, reinventam rotas para novas narrativas e para o surgimento de novos níveis de complexidade e no entendimento do mundo (CHAUÍ, 2014).

O problema da lógica procedimental, da práxis e da alienação estão no centro do debate. Há uma crescente necessidade de superação da fragmentação, decorrente da racionalidade iluminista, que se impôs no processo de atenção à saúde e ao cuidado.

O pós-humanismo, termo de Achille Mbembe (2014), inscreve nosso tempo a partir da necessária superação de teses e formas de praticar ciência criadas desde o Iluminismo. O processo de de(s) colonização do pensamento busca retirar do centro de legitimidade o pensamento ocidental como a única forma de pensar e fazer ciência.

Etnografia e formação

Os estudantes negros(as) e quilombolas, apesar das conquistas por direitos, chegam à universidade presos a narrativas políticas essencializadas sobre suas origens. Estar ali, supostamente, já seria o suficiente. Além disso, enfrentam dificuldades de toda a natureza para ocupar o espaço na universidade e a partir disso, criam estratégias familiares variadas para construir sua trajetória de formação.

A universidade, entretanto, reinventa a invisibilidade e a desigualdade. A diferença, re-hierarquizada, reelabora linguagens de exclusão e a discriminação. A sensibilidade para as profissões em saúde, particularmente a Medicina, e para o cuidado são específicas, envolvendo questões de natureza filosóficas singulares.

O cuidado é vital para a restituição da saúde dos indivíduos e de suas comunidades, tão espoliadas ao longo do tempo. E isso deveria vir junto a dignidade compatíveis com as necessidades humanas. As desigualdades raciais persistentes demonstram que o racismo estrutural e institucional é ainda um grande desafio a ser superado, em dimensões globais. A saúde da população negra exige dos pesquisadores novo olhar sobre a diferença inscrita a partir dos marcadores raciais.

Considerações Finais

Existe uma gama variada de estudos no campo de saúde da população negra. Alguns deles podem ser encontrados em coletâneas publicadas recentemente (BATISTA; WERNECK, 2012). As pesquisas de mestrado e doutorado ainda são um meio importante de produção de conhecimento sobre as relações raciais na saúde. São inúmeros trabalhos publicados em artigos, livros e ações de intervenção social e política.

A tese de Franz Fanon (2008) de que o racismo causa grande sofrimento psíquico tem grande ressonância nas pesquisas em saúde, que resultam da interface entre os estudos sobre relações raciais e saúde mental. A maior dificuldade na análise e explicitação do fenômeno do racismo no cotidiano decorre do forte engajamento ideológico no mito da democracia racial, da ausência de sensibilidade para perceber a naturalização da desigualdade nos serviços em saúde, e a manutenção do silêncio sobre problemas de saúde relacionados ao racismo.

O racismo estrutural e institucional age como elemento importante para pensar saúde da população negra. Ainda que difícil de mensurar, pode ser observado e quantificado por suas consequências na vida desta população. A saúde da população negra apresenta desafios de natureza metodológica e epistêmica que precisam ser adensados, a partir de um olhar crítico.

O problema do pensamento eugênico, da medicalização, da exclusão, do racismo e suas metamorfoses, é somado a uma necessidade de reinvenção do pensar e do fazer ciência. A questão da “saúde da população negra” demanda novas estratégias para a descolonização do pensamento, inscrevendo-se na articulação de diferentes campos de pesquisa, de saberes, práticas sociais em saúde (interdisciplinar e transdisciplinar).

Há uma gama variada de possibilidades de pesquisa, sobretudo, para a construção de estratégias de combate ao racismo. Os saberes fronteiriços, entrecruzados, estabelecem novos horizontes no campo de pesquisa.

As mais variadas tradições de pensamento e de fazer ciência se confrontam nas universidades e nesses espaços lutam para dar sentido à experiência vivida, a pesquisa e a descoberta do novo. E é nos lugares ainda não domesticados pela ciência, por engrenagens institucionais, que se constituem espaços de reflexão, ainda não submetidos às narrativas e políticas de ciência.

A colonização dos saberes, representado pelo apagamento histórico ou epistemicídio durante séculos de saberes e descobertas, construiu também um processo de negação do negro e dos seus potenciais criativos. De acordo com Joaze Bernardino-Costa (2015), Bernardino-Costa, Maldonado e Grosfoguel (2018), identificar matrizes de poder e suas clivagens de gênero, raça e classe é fundamental na construção de ações re(existência), como parte importante de movimentos e ações micropolíticas, que visem a transformação de padrões de desigualdade estruturadas por raça.

A violência física e simbólica se sofisticou e, apesar de ter nascido no alvorecer da modernidade, tomou contornos de medidas burocráticas rotineiras e procedimentos meticulosos de instituições públicas, de saúde e políticas de Estado (ARENDR,1994). Saberes decoloniais, epistemologias Sul-Sul, inscrevem-se, desde aí, como forma de superação da distopia do mundo contemporâneo (SANTOS, 2010a; 2010b).

A consciência de saber-se negro(as) potencializa (re) existência. E a consciência do saber, como instância de poder, pode constituir-se como um ambiente de superação do racismo e de afirmar significativamente a importância das vidas negras. Todos os estudos revelam que uma formação mais qualificada, com uma forte humanização e escuta sensível, potencializa o cuidado e uma atenção à saúde mais eficiente. A formação do profissional de saúde, hoje, requer uma ampla compreensão da ciência, do processo de produção dos dados a serem analisados, bem como da possibilidade de crítica e de transformação das práticas adotadas no cotidiano.

A transdisciplinaridade, hoje, é amplamente aceita, assim como a teoria da complexidade, exatamente porque, nelas, há uma necessidade de compreensão e síntese de achados em investigações científicas, importante. A noção de ciência passa também por uma importante avaliação dos modos de pensar e fazer ciência, de construção de teorias importantes e por um vigoroso estudo teórico.

A ciência e sua produção exigem um regime importante de avaliação das suas condições de produção científica, no qual a crítica interna aos campos de saber e um diálogo externo, com outras disciplinas, seguem padrões de exigência imputados por uma necessária vigilância epistemológica, termo muito enfatizado na obra de Boaventura de Souza Santos. Desse modo, faz-se necessário avaliar se os parâmetros éticos, teóricos e critérios de produção de dados são adequados.

A ciência e a formação adequada de quadros de pesquisadores só avançam na medida em que esses parâmetros de produção de ciências são socializados criticamente. O conhecimento para se manter vivo precisa do ambiente crítico de um aprendizado vigoroso da autonomia do pensamento. Logo, o fazer ciência implica nessa capacidade de inventar o novo, a partir da crítica do que já foi realizado.

A abordagem metodológica, quantitativa ou qualitativa, se beneficiam amplamente da necessária crítica imposta à produção de ciência. Não há uma diferenciação entre metodologias aqui. O que há são tempos diferentes para formulação, técnicas de coleta e análise de dados. Em qualquer uma das circunstâncias, a escuta qualificada no aprendizado das diferenças é fundamental.

Portanto, é no processo de formação crítico-reflexiva que o racismo pode ser observado e abordado sensivelmente. Paulo Freire (2017), Bell Hooks (2017) e Edgar Morin (2008) são fundamentais na construção de estratégias pedagógicas por pautarem a autonomia do sujeito que aprende e ensina sobre as coisas do mundo. O aprendizado de pesquisa é fundamental, pois consolida o pensamento crítico que se constrói no diálogo com a realidade a partir de critérios de cientificidade que envolvem a indagação acerca dos problemas do mundo, seja no campo das ciências da natureza, seja no campo das ciências históricas.

Referências

ARENDRT, H. **Sobre a violência**. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1994.

ALMEIDA, Silvio. **O que é racismo estrutural**. São Paulo: Editora Letramento, 2018.

BATISTA, A. S.; BANDEIRA, L. Trabalho de cuidado: um conceito situacional e multidimensional. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 18, 59-80. 2015.

BATISTA, L. E; WERNECK, J; Lopes, F. **Saúde da população negra**. Brasília: ABPN, 2012.

BERNARDINO-COSTA, J. **Saberes subalternos e decolonialidade**. Brasília: Editora UNB, 2015.

BERNARDINO-COSTA, J.; GROSGOUEL, R. Perspectiva negra e decolonialidade. **Revista Sociedade e Estado**, v. 31 n. 1, p.13-22, 2016.

BEZERRA, Vanessa Moraes *et al.* Pré-hipertensão arterial em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol. 33, n. 10, 2017.

BEZERRA, Vanessa Moraes *et al.* Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.19, n.6, p.1835-1847, 2014.

CARNEIRO, SUELI. A batalha de Durban. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 209-214, jan. 2002. DOI 10.1590/S0104-026X2002000100014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104026X2002000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 nov. 2020.

CHAUÍ, M. **Conformismo e resistência**. Vol. 4. São Paulo: Autêntica, 2014.

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

_____. **Mulheres, cultura e política**. São Paulo: Boitempo, 2017.

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: Editora UFBA, 2008.

FREIRE, P. **A África ensinando a gente: Angola, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe**. São Paulo: Paz e Terra, 2013.

GOMES, Karine de Oliveira *et al.* Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol. 29, n. 9, p.1829-1842, 2013.

HOOKS, B. **Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade**. São Paulo: Martins Fontes, 2017.

JORDAO, Rogério Pacheco. O Valongo de Machado na cartografia do Rio de Janeiro: a escravidão em cena na cidade. **Machado Assis Linha**, São Paulo, v. 8, n. 16, p. 99-113, 2015.

LAPLANTINE, F. **A descrição etnográfica**. São Paulo: Terceira Margem, 2004.

LEAO, Danyllo Fábio Lessa; MOURA, Cristiano Soares de and MEDEIROS, Danielle Souto de. Avaliação de interações medicamentosas potenciais em prescrições da atenção primária de Vitória da Conquista (BA), Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, vol. 19, n. 1, p.311-318, 2014.

LIMA, Tania Andrade; SENE, Glaucia Malerba; SOUZA, Marcos André Torres de. Em busca do Cais do Valongo, Rio de Janeiro, século XIX. **An. mus. paul.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 299-391, abr. 2016.

MBEMBE, A. **A crítica da razão negra**. 1. ed. São Paulo: Editora n-1 edições, 2014.

MOORE, C. **Racismo & Sociedade: novas bases epistemológicas para entender o racismo**. Belo Horizonte: Nandyala, 2012.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 9. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2004.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2011.

MUNANGA, K. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil: identidade nacional versus identidade negra**. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

PAIXAO, M. **Desenvolvimento Humano e Relações Raciais no Brasil**. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2003.

PINHEIRO, Márcia Leitão; CARNEIRO, Sandra Sá. Revitalização urbana, do Valongo. **Estud. hist.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 57, p. 67-86, abr. 2016.

RANCIÉRE, J. **O ódio à democracia**. São Paulo: Boitempo, 2014.

RODRIGUES, Jaime. **De costa a costa: escravos marinheiros e intermediários do tráfico negreiro de Angola ao Rio de Janeiro (1780-1860)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

SANTOS, B. d. **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez, 2010a.

SANTOS, B. dos. **Um discurso sobre ciências**. 15. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2010b.

SILVA, Etna Kaliane Pereira da et al. Insegurança alimentar em comunidades rurais no Nordeste brasileiro: faz diferença ser quilombola? **Cad. Saúde Pública**, vol. 33, n. 4, 2017.

SONTAG, S. **Diante da dor dos outros**. São Paulo: Cia das Letras, 2003.

SOUSA, Bárbara Cabral de *et al.* Hábitos alimentares de adolescentes quilombolas e não quilombolas da zona rural do semiárido baiano, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 419-430, 2019.

SOUZA, Ilíada Rainha de; CULPI, Lodércio. Valongo, genetic studies on an isolated Afro-Brazilian community. **Genet. Mol. Biol.**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 402-406, set. 2005.

SCHRAIBER, Lilia Blima *et al.* Scientific publications on Violence and Health (1967-2015). **Rev. Saúde Pública**, vol. 50, n. 63, 2016.

VASSALLO, Simone; CICALO, André. Por onde os africanos chegaram: o Cais do Valongo e a institucionalização da memória do tráfico negreiro na região portuária do Rio de Janeiro. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 21, n. 43, p. 239-271, jun. 2015. v

PARTE III

RELAÇÕES RACIAIS: SEXUALIDADES E REPRODUÇÃO

Saúde reprodutiva de mulheres em contexto de ruralidade

*Amália Nascimento do Sacramento Santos
Rosa Cândida Cordeiro
Fernando Vicentini*

Introdução

O Brasil, nos últimos anos, tem apresentado avanços no cuidado à mulher, na perspectiva da saúde reprodutiva, com impacto nos indicadores de saúde; entretanto, observa-se na conjuntura atual que as ações políticas ainda não correspondem às necessidades específicas dos diversos grupos de mulheres. Observa-se ainda a precariedade da assistência obstétrica para as mulheres quilombolas rurais (REIS *et al.*, 2011). Para tanto, ainda existem poucos estudos enfocando os problemas de saúde da mulher residente e trabalhadora rural, o que dificulta a proposição de ações adequadas a essa realidade (CARDOSO, MENDES, VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2013; FREITAS *et al.*, 2011).

A política de saúde brasileira, através do Sistema Único de Saúde (SUS), não consegue ainda atender da forma necessária e adequada à população que vive em contexto rural que, em sua maioria, apresenta baixos índices educacionais e vive em precárias condições. Observa-se, entretanto, uma movimentação política no sentido de melhorar a saúde dessas populações, tendo em vista a Política de Saúde para a População do Campo, em que consta também a população negra quilombola.

A saúde rural é definida como a interação necessária e a ligação da pessoa rural com sua família e comunidade, atentando sobre o menor acesso das comunidades rurais do mundo a cuidados de saúde, pior estado e desfechos de saúde comparados

a comunidades urbanas e, diz-se também, que as avaliações de qualidade e efetividade do cuidado não estão disponíveis nem são dirigidas ou aplicadas à realidade rural (TARGA *et al.*, 2013).

Promover saúde reprodutiva para as mulheres negras rurais com qualidade se torna um desafio para a enfermagem e outros profissionais. Esta dificuldade se explica pelo entendimento de saúde que se fundamenta em determinantes amplos, demandando cooperação multidimensional da comunidade nos aspectos ambientais, econômicos, disponibilidade de recursos, educação e cuidados de saúde, respeitando particularidades de algumas populações, como as indígenas, quilombolas, as minorias e as comunidades rurais isoladas para se atingir um nível de saúde desejável (TARGA *et al.*, 2013).

Diversas pesquisas têm apontado os piores índices sociais nestas comunidades, assim, vê-se que é possível conhecer potencialidades da região/comunidade e se fortalecer naquilo que possa estar representando vulnerabilidades em saúde na linha da saúde reprodutiva (CARDOSO, MENDES, VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2013; BEZERRA *et al.*, 2014).

Em tais comunidades, o cuidado em saúde, e particularmente aqueles ligados aos eventos reprodutivos, constitui um aspecto inerente à cultura, e as mulheres, agentes privilegiadas de sua preservação. No entanto, a moderna lógica global tem levado ao menosprezo de tradições culturais, que passam a ser consideradas como saberes marginais. Um estudo realizado com mulheres quilombolas refere que:

[...] embora alguns ritos, que se apresentam na forma de rezas, banhos e prescrições, permaneçam atuantes, sua existência se limita a momentos e casos isolados, funcionando mais como “simpatias”, como um elemento que se adiciona ao tratamento prescrito pela medicina “oficial” (VALENTIM; TRINDADE, 2012, p. 11).

O avanço na melhoria da atenção pré-natal e seu reflexo na redução da mortalidade de mulheres, notadamente durante a gravidez, tem possibilitado a identificação de desigualdades quando desagregamos as informações por local de moradia, raça/cor da pele, renda, dentre outros aspectos. A morte materna por toxemia gravídica (a primeira causa de morte materna no Brasil) é mais frequente entre as mulheres negras, aproximadamente três vezes maior, na comparação com brancas (BRASIL, 2012).

Os resultados de um estudo de base populacional apontaram diferenças no pré-natal nas áreas urbana e rural do Brasil, mostrando o comprometimento da qualidade da assistência, devido ao grande número de mulheres que não alcançaram procedimentos básicos previstos para esse cuidado pelo baixo acesso a exames complementares. Percebe-se que as mulheres da área rural são as mais expostas (CARDOSO, MENDES, VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2013).

Em unidades básicas de saúde em Salvador, foi verificado que não ocorre a integralidade do cuidado de profissionais em direção à saúde da mulher, apontando para a necessidade de reorganização da atenção em saúde reprodutiva (COELHO *et al.*, 2009). Também há evidências de vitimização de preconceito racial, apresentando expressões de subestimação, humilhação em ambientes públicos e particulares, em atendimento em postos de saúde com mulheres quilombolas do Nordeste, para a qual foi também demonstrada alta vulnerabilidade à infecção sexualmente transmissível, AIDS e outros agravos, pela ausência de uma política de saúde mais efetiva e de um trabalho educativo nessas comunidades (RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010).

Desse modo, indagamos: Como podemos produzir um cuidado mais efetivo à saúde reprodutiva para as mulheres em contexto de ruralidade? Trata-se de um capítulo de cunho teórico-reflexivo, com o objetivo de refletir sobre a produção do cuidado em saúde reprodutiva para as mulheres em situações de ruralidade.

Saúde e trabalho

A partir do Relatório Anual Socioeconômico da Mulher (BRASIL, 2015), situamos abaixo algumas informações que caracterizam o perfil sociodemográfico das mulheres brasileiras, com alguns destaques para as mulheres negras e as mulheres rurais.

A população feminina brasileira representa 51% da população nacional, sendo que do total de mulheres, 52% se declaram negras. A proporção de população feminina tem apresentado um processo de urbanização, com quase 85% residindo em cidades. As mulheres representavam, em 2012, cerca de 52% da população residente nas cidades brasileiras, ao passo que eram 48% da população de áreas rurais. As regiões Nordeste e Norte apresentam a maior proporção de mulheres em áreas rurais; no ano de 2012, tiveram índices de 25,1% e 23%, respectivamente.

No que se refere à taxa de fecundidade, observa-se considerável diminuição entre os anos 2000 e 2014, passando de 2,4 para 1,7 filhos ou filhas por mulher em idade reprodutiva (15 a 49 anos).

Relativo a dados de chefia do lar, em uma comparação de gênero, percebe-se que, entre as famílias com pessoa de referência do sexo feminino, 42,7% eram compostas por mulheres sem cônjuge com filhas/os. Por outro lado, somente 3,5% das famílias com pessoa de referência do sexo masculino eram formadas por homens sem cônjuge com filhas/os. No que diz respeito à cor ou raça, as mulheres negras estavam à frente de 52,6% das famílias com pessoa de referência do sexo feminino.

Chamando a atenção para as ocupações, frisamos o trabalho doméstico pelo recorte de gênero e raça que possui/contribui para grandes iniquidades sociais das mulheres negras. Em 2012, de um total de mais de 6 milhões de pessoas de 16 anos ou mais de idade ocupadas no trabalho doméstico, mais de 92% eram mulheres, sendo que 63,4% delas eram negras. No que tange à escolaridade, elevada

proporção das mulheres empregadas no trabalho doméstico (20,1%) tinha menos de quatro anos de estudo.

Na realidade das mulheres rurais, no que tange à ocupação, frisa-se o trabalho agrícola que a maioria delas está envolvida. Em 2012, quase 3 milhões e 900 mil mulheres maiores de 16 anos ocupavam as atividades agrícolas, representando 9,8% das mulheres ocupadas. Entretanto, no setor agrícola, mais de dois terços delas (72,6%) se dedicavam ao trabalho para o próprio consumo ou a atividades não remuneradas na cobertura previdenciária. As mulheres correspondem somente a 7% do total de beneficiários de aposentadoria por tempo de contribuição no meio rural, em detrimento de um maior número de mulheres rurais aposentadas por idade.

Referente às comunidades quilombolas, das 80 mil famílias quilombolas cadastradas, 64 mil delas, 79,78% do total, são beneficiárias do Programa Bolsa Família; 79,73% estão em situação de extrema pobreza; 24,81% não sabem ler; 82,2% desenvolvem atividades de agricultura, extrativismo ou pesca artesanal (BRASIL, 2013).

As disparidades chamam atenção também na divisão sexual do trabalho e no uso do tempo. Tanto as mulheres rurais quanto as urbanas apresentam, em média, jornadas semanais totais mais longas que as dos homens, atingindo 55,9 horas semanais, contra 51,8 horas dos homens em média. Observa-se que a jornada total das mulheres, somando-se o tempo dedicado ao trabalho principal (mais de 35 horas semanais) e aos afazeres domésticos (quase 21 horas semanais), era sempre superior à jornada total dos homens (quase 42 horas dedicadas ao trabalho principal e 10 horas aos afazeres domésticos). Além de receberem menor remuneração pelo trabalho realizado, as mulheres rurais eram as que dedicavam mais horas semanais à realização de afazeres domésticos (em torno de 26 horas), em comparação com as mulheres urbanas (20 horas) (BRASIL, 2015).

Para as populações rurais, em sua grande maioria residente nas regiões do Norte e Nordeste do país, prevalecem situações de iniquidades, vulnerabilidade e desigualdades históricas e estruturais ainda mais graves, como falta de acesso aos serviços de saúde e saneamento (AUGUSTO *et al.*, 2014). As populações rurais são ainda invisibilizadas pelas gestões públicas por falta de dados epidemiológicos oficiais (CARNEIRO *et al.*, 2014).

Outro problema racial de grande magnitude na saúde de mulheres rurais é a anemia falciforme, perante sua alta incidência e por se caracterizar como doença crônica. É um tipo de anemia hereditária e constitui a doença genética mais comum da população negra em todo o mundo. Calcula-se que nasçam no Brasil cerca de 3.500 crianças com doença falciforme e 200 mil portadores do traço por ano (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013). Contudo, convivemos com a dificuldade de acesso aos serviços para o tratamento e muitas pessoas apresentam complicações da doença. Para evitar tais complicações, devido ao sofrimento que causa, as pessoas desenvolvem estratégias de autocuidado para promover sua saúde (CORDEIRO; FERREIRA; SANTOS, 2014). Apesar dos avanços das políticas de atenção no Brasil, orientadas pela luta dos movimentos negros, há grandes desafios para o seu enfrentamento que requer interesse e capacitação de profissionais na Atenção Básica em saúde para facilitar a acessibilidade de cuidados para a população. Por conta disso, o controle social necessita estar atento como estratégia política de avanços no cuidado à saúde da população e das mulheres negras. Esses problemas influenciam, sobremaneira, na saúde sexual e reprodutiva das mulheres rurais, pelas dificuldades de acesso a serviços de saúde.

Produção do cuidado intercultural

Compreendemos a reprodução como fenômeno sociocultural que expressa modos de viver e entender o mundo, e que os cuidados

correspondentes produzidos por cada cultura fazem parte de seus processos preservacionistas; novas formas de cuidar podem emergir do confronto entre culturas distintas, desde que haja respeito mútuo, de modo a satisfazer necessidades específicas de promoção da saúde. Nessa perspectiva, o cuidado em saúde reprodutiva para as mulheres quilombolas requer um embasamento na cultura.

O cuidado cultural é a forma como valores, crenças e expressões padronizadas, cognitivamente conhecidas, ajudam ou capacitam pessoas ou grupos a manter o bem-estar, a melhorar uma condição ou vida humanas ou a enfrentar a morte e as deficiências (LEININGER, 2002).

Considera-se a interculturalidade, que diz respeito à interação entre culturas, respeitando a diversidade em um ambiente de interlocução e trocas. Nesse contexto de encontro com o diferente, pode haver intolerâncias, discriminações ou mesmo supremacia de uma identidade em relação à outra. Desse modo, a ideia de interculturalidade favorece o diálogo entre identidades socioculturais diferentes, o que pode favorecer a pluralidade (FLEURI, 2003).

A seguir, apresenta-se o modelo da competência cultural de Purnell e Paulanka (2010) e a teoria do Cuidado Transcultural de Leininger (2002), além da discussão sobre as mudanças na produção do cuidado de Assis *et al.* (2010), como perspectivas reflexivas para um cuidado mais efetivo em saúde reprodutiva.

No modelo de competência cultural, os profissionais de saúde precisam conhecer a cultura para proporcionar um cuidado cultural competente. Nessa perspectiva, a consciência cultural se desenvolve dentro de um processo não linear, e para tanto existem as etapas de adaptação, quais sejam: o estágio da inconsciência em relação à incompetência para promoção do cuidado; os níveis de consciência quanto à incompetência, consciência quanto à competência; e, por fim, o nível mais alto e esperado, de competência inconsciente para prestar assistência à saúde, de maneira condizente com as crenças

e os valores culturais predominantes no novo contexto (PURNELL; PAULANKA, 2010).

Para chegar a esse último estágio, a pessoa que investiga deve se basear em aspectos macro do modelo, refletidos e analisados para uma melhor compreensão e interação, quais sejam: fenômenos ligados à sociedade global, comunidade, família, indivíduo, competência consciente; e nos aspectos micro: visão global, localidades habitadas e topografia, comunicação, papéis desempenhados e organização familiar, questões laborais, ecologia biocultural, comportamentos de alto risco, nutrição, gravidez e práticas de nascimentos anteriores, rituais de morte, espiritualidade, práticas de cuidado de saúde e prestadores de cuidado de saúde (PURNELL; PAULANKA, 2010).

Analisados esses domínios, o profissional pode adaptar, modificar ou rejeitar as intervenções de prestação de cuidados e regimes de tratamento, respeitando as diferenças culturais da pessoa (PURNELL; PAULANKA, 2010).

Outro aporte teórico é o de Leininger (2002), do cuidado transcultural, explicado como sendo:

[...] um campo de estudo, pesquisa e prática formal e legítimo, focado nas crenças, valores e práticas de cuidado culturalmente baseados, para ajudarem culturas ou sub culturas a manterem ou recuperarem sua saúde (bem-estar) e formas de cuidados benéficos e culturalmente congruentes diante da doença ou morte (LEININGER, 2002, p. 60).

Para a aplicação desse método, descrevem-se os guias habilitadores ou direcionamentos: o primeiro direcionamento é o Guia do Domínio de Pesquisa – previsto para abarcar todos os aspectos da pretensão de investigação. O segundo direcionamento é o Guia (ou Modelo) Sunrise, utilizado para explorar de forma compreensiva as múltiplas influências do cuidado cultural. Nele, vemos representados os diversos componentes da teoria de Leininger: como se inter-relacionam os componentes da visão do mundo e das dimensões

da estrutura cultural e social (crenças, valores culturais e modos de vida, religião, filosofia e crenças espirituais, fatores econômicos, crenças educacionais, perspectivas tecnológicas, parentesco e redes sociais, fatores políticos e legais) com o contexto da linguagem e do ambiente. Também, é evidente a influência desses aspectos nos padrões de cuidado e nas práticas humanas, bem como no bem-estar e saúde das pessoas, famílias, grupos, instituições e comunidades (LEININGER, 2002; MOITA; SILVA, 2013).

O terceiro direcionamento é o Guia de “Estranho (a) a Amigo (a)” – usado para orientar a pessoa que investiga, quando entra no mundo de informantes, ser aceito e se tornar uma pessoa amiga, de confiança, afastando-se da posição em que é olhada como estranha, para recolher informações autênticas. Já a perspectiva do quarto direcionamento se refere ao Guia de Observação-Participação-Reflexão (O-P-R), utilizado para orientar a pessoa que investiga a realizar observações focalizadas no ambiente de quem informa. Além desses, são propostos o Guia Etnodemográfico, para recolher informações sobre as pessoas, relacionadas com a sua história de vida. E, por fim, o último direcionamento que é o Guia de Inserção na Cultura, para identificar a aproximação e o afastamento da sua própria cultura (LEININGER, 2002; MOITA; SILVA, 2013).

Aplicando este modelo, discutem-se três possibilidades de ação: preservação do cuidado cultural, que diz respeito às ações profissionais que colaboram com pessoas de determinada cultura a preservar valores relevantes do cuidar, de modo a enfrentar dificuldades e manter o bem-estar; acomodação do cuidado cultural, refere-se a ações que colaboram com as pessoas de uma cultura a negociar com cuidadores profissionais para um resultado de saúde benéfico; e, por fim, a repadronização do cuidado cultural que explicita ações profissionais que colaboram para que as pessoas de uma cultura possam reordenar, mudar seus modos de vida para padrões de cuidados novos e benéficos, de maneira coparticipante, instituindo

melhores padrões de cuidado, práticas ou resultados (LEININGER, 2002).

Para uma boa resolutividade dos problemas comunitários, é necessário que profissionais integrados em seus trabalhos produzam junto com a comunidade um cuidado que seja congruente. Nesse sentido, vê-se a necessidade de mudanças no cenário de cuidado com a saúde.

Fomentando o discurso da mudança da produção do cuidado na saúde, tem-se a discussão da inversão no modelo de atenção à saúde, dita como tarefa difícil, por se constituir em um caminho não linear, que requer processo de mudanças, envolvendo políticas de formação articuladas com a prática, portanto, de estabelecimento de projetos coletivos, gestores, profissionais e usuários corresponsáveis por essa produção (ASSIS *et al.*, 2010).

A mudança na forma de trabalhar em saúde incide diretamente em valores, cultura, comportamentos e micro poderes existentes nos espaços de trabalho de cada um, gerando resistências e possíveis conflitos na produção de saúde. Assim, pensar e agir em saúde numa perspectiva de mudança de modelo requer um novo modo de estabelecer relações e troca de saberes e experiências práticas, envolvendo campos de conhecimentos e intervenções interdisciplinares (ASSIS *et al.*, 2010, p. 14).

A teoria do cuidado transcultural ou o modelo de competência cultural associado às discussões da mudança na produção do cuidado contribui para a efetividade do cuidado intercultural.

Nesse sentido, é preciso unir as responsabilidades de cada unidade de saúde na linha de produção do cuidado à gestante. Tal perspectiva é ainda desafiadora, diante das dificuldades estruturais dos serviços públicos brasileiros. É importante destacar a necessidade da abordagem integral às mulheres, considerando-se as especificidades relacionadas às questões de gênero, raça, etnia, classe social, escolaridade, situação conjugal e familiar, trabalho,

renda e atividades laborais, possibilidade de situação de violência doméstica e sexual, uso abusivo de álcool e outras drogas, etc. Essa atenção implica na valorização de práticas que privilegiem a escuta e a compreensão sobre os diversos fenômenos que determinam maior ou menor condição de risco.

A atenção básica em saúde requer competência cultural das enfermeiras e demais profissionais. Vê-se que em documentos que salientam o cuidado para a saúde reprodutiva nos dispositivos políticos brasileiros, há destaque para o respeito à diversidade cultural. Entende-se, portanto, que os diversos profissionais da atenção básica devam compreender essa lógica e praticá-la, ou seja, realizar uma abordagem para um cuidado cultural.

Assim, é bastante salutar a avaliação de Freitas *et al.* (2011), que nos chama atenção para a necessidade de representações de grupos em espaços de poder, para que ocorram mudanças sociais através das ações afirmativas. Esses aspectos apresentados cumulam na perspectiva da valorização e justificativas das políticas vigentes de atenção a grupos populacionais específicos e, mais que isso, da necessidade de efetivo controle social para a garantia de direitos à saúde de mulheres em situações vulneráveis, como as negras quilombolas.

Considerações finais

O incremento da abordagem intercultural na prática profissional em saúde continua sendo um desafio. A competência cultural pode ser um dos aportes para gerar mudanças no arsenal dos indicadores sociais para a melhoria da autonomia das mulheres na saúde, sobretudo daquelas em situação de ruralidade que apresentam modos próprios de cuidado da saúde. O empoderamento dessa mulher pode possibilitar, a partir de seu próprio conhecimento, enfrentar a vulnerabilidades em saúde, como também facilitar a melhoria da saúde sexual e reprodutiva.

Referências

ASSIS M. M. A. *et al.* (org.). **Produção do cuidado no Programa de Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários.** Salvador: Edufba, 2010.

AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva *et al.* Desafios para a construção da “Saúde e Ambiente” na perspectiva do seu Grupo Temático da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4081-4089, out. 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_S141381232014001004081&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 out. 2020.

BEZERRA, Vanessa Moraes *et al.* Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 19, n. 6, p. 1835-1847, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.01992013>. Acesso em: 7 nov. 2020. ISSN 1678-4561.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância à Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher.** Brasília (DF), 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS.** 2 ed. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf. Acesso em: 27 out. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Relatório anual socioeconômico da mulher.** 1 impressão. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2015. Disponível em: http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/dilma/spm_livro-relatorio-anual-socioeconomico-

da-mulher_2015.pdf/@@download/file/SPM_livro-relatorio-anual-socioeconomico-da-mulher_2015.pdf. Acesso em: 27 out. 2020.

CARDOSO L. S. M.; MENDES L. L.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ. Diferenças na atenção pré-natal nas áreas urbanas e rurais do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Ver. Min. Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 85-92, jan./mar. 2013.

CARNEIRO, Fernando Ferreira *et al.* Telas de un Observatorio para la salud de la población del campo, de los bosques y del agua en Brasil. **Tempus**, Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v. 8, n. 2, p. 275-293, jun. 2014. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1524>. Acesso em: 27 out. 2020.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso *et al.* Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 154-160, mar. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000100021>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000100021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 7 nov. 2020.

CORDEIRO, R. C., FERREIRA, S. L.; SANTOS, C. C. Experiences of illness among individuals with sickle cell anemia and self-care strategies. **Acta Paul Enferm.**, v. 27, n. 6, p. 499-504, 2014.

FLEURI, Reinaldo Matias. Intercultura e educação. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 16-35, ago. 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782003000200003>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782003000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 7 nov. 2020.

FREITAS, Daniel Antunes *et al.* Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 937-943, out. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-18462011005000033>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-1846201100500019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 7 nov. 2020.

LEININGER M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. **J. Trans. Nurs.**

[Internet], v. 13, n. 3, 2002. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18217233>. Acesso em: 27 out. 2020.

MOITA, Maria Augusta Grou; SILVA, Alcione Leite da. “Bom dia professora, então vem cá para os avaliar?”: desafios e possibilidades da Etnoenfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 216-223, mar. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100026>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072013000100026&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 7 nov. 2020.

PURNELL L. D.; PAULANKA B. J. **Cuidados de saúde transculturais**: uma abordagem culturalmente competente. 3. ed. Loures: Lusodidacta, 2010.

REIS, Zilma Silveira Nogueira *et al.* Análise de indicadores da saúde materno-infantil: paralelos entre Portugal e Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, p. 234-239, set. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011000900003> Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011000900003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 7 nov. 2020.

RISCADO, Jorge Luís de Souza; OLIVEIRA, Maria Aparecida Batista de; BRITO, Ângela Maria Benedita Bahia de. Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/AIDS em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, supl. 2, p. 96-108, dez. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000600010>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000600010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 7 nov. 2020.

SIGNORELLI, Marcos Claudio; AUAD, Daniela; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1230-1240, jun. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/>

S0102-311X2013000600019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 out. 2020.

TARGA L. V. *et al.* As recomendações da Wonca para a Saúde das Populações Rurais. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 4-6, 2013. DOI: 10.5712/rbmfc8(1)724. Disponível em: <https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/724>. Acesso em: 8 nov. 2020.

VALENTIM R. P. F.; TRINDADE Z. A. Gênero e globalização: memórias sociais da gravidez e do parto entre quilombolas do norte do estado do Espírito Santo/Brasil. **Revista Electrónica de Psicología Política**, [Internet], v. 9, n. 28, p. 1-14, 2012. Disponível em: <http://www.psicopol.unsl.edu.ar/Agosto2012-Art%EDculo1.pdf>. Acesso em: 27 out. 2020.

Cor da pele e anemia em gestantes: coorte NISAMI

*Lais Alves de Lima Prisco
Maria Carla de Jesus Souza
Djanilson Barbosa dos Santos*

Introdução

A gestação é uma fase da vida que está associada a ajustes fisiológicos e anatômicos que ocasionam alterações no organismo materno. Dentre essas modificações, ocorre a elevação de cerca de 50% do volume plasmático e aumento da massa eritrocitária em menores proporções (20% a 30%), para suprir as necessidades do crescimento uterino e fetal (SOUZA; FILHO; FERREIRA, 2002). Em contrapartida a essa hemodiluição ocorre um incremento da ordem de 20% no nível de hemoglobina. Além disso, há uma economia de ferro por causa da amenorreia da gestação, bem como o aumento da absorção do ferro da dieta pelo intestino (SOUZA; FILHO; FERREIRA, 2002; RODRIGUES; JORGE, 2010).

Todavia, esses mecanismos compensatórios não são suficientes para suprir a demanda de ferro imposta pela gestação, que é elevada nesse período, sendo assim necessário que parte do ferro seja adquirido pela alimentação (RODRIGUES; JORGE, 2010). Em vista disso, as gestantes que não possuem acesso a uma alimentação adequada representam um grupo vulnerável à anemia por deficiência de ferro, condição que tem sido associada ao aumento da morbimortalidade materna e perinatal (FERREIRA; MOURA; CABRAL JUNIOR, 2008; BATISTA FILHO; SOUZA; BRESANI, 2008). Por conseguinte, as organizações internacionais têm defendido a suplementação oral preventiva de ferro durante a gestação (PEÑA-ROSAS *et al.*, 2012).

Estima-se que 41,8% das gestantes no mundo sejam anêmicas, com metade dos casos atribuídos à deficiência de ferro (OMS, 2008). No Brasil, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), a prevalência de anemia em gestantes é de 29,1%, sendo considerada um problema de saúde pública moderado. Esses dados evidenciam a anemia como uma das mais importantes deficiências nutricionais enfrentadas no período da gestação.

A anemia na gestação é definida pela OMS (2013) por concentração de hemoglobina inferior a 11,0g/dL, que atinge tanto os países desenvolvidos quanto os em desenvolvimento, sendo sua ocorrência associada a condições socioeconômicas, insalubres de moradia e outras circunstâncias socioambientais negativas (BATISTA FILHO; SOUZA; BRESANI, 2008).

O Brasil é permeado por desigualdades sociais que são vivenciadas principalmente pela população negra do país, uma vez que faz parte das classes mais desfavorecidas e empobrecidas da população (SANTOS, 2011). Segundo Perpétuo (2000), a posição socioeconômica inferior da população negra seria decorrente da menor oportunidade de ascensão social e econômica, em função do preconceito e discriminação raciais existentes na sociedade brasileira, o que determina condições especiais de vulnerabilidade para essa população.

As desigualdades raciais não se limitam aos indicadores socioeconômicos relacionados à qualidade de vida, renda e escolaridade, mas também aos indicadores de saúde (PERPÉTUO, 2000). Pesquisas nos Estados Unidos revelam, de forma consistente, que os negros possuem concentrações de hemoglobina menores do que os brancos (GARN; SMITH; CLARK, 1975; BLANKSON *et al.*, 1993; JOHNSON-SPEAR; RAY, 1994). Em um estudo de coorte retrospectiva, realizado nos Estados Unidos (EUA), no período de 1990 a 2003, com 17.338 gestantes, foi verificada elevada prevalência

de anemia nas gestantes negras (26,9%) em comparação com as gestantes brancas (7,1%) (MOHAMED *et al.*, 2012).

Em contrapartida, no Brasil são escassos os estudos que objetivam avaliar a anemia com recorte raça/cor em gestantes, ainda que tenha aumentado o interesse pelas análises sobre cor da pele como fator determinante de desigualdades em saúde no país nos últimos anos (CARDOSO; SANTOS; COIMBRA JR., 2005).

Nesse contexto, a produção científica na área de saúde considerando a cor da pele se torna pertinente para a compreensão da situação de saúde da população negra, sendo item necessário e indispensável nos serviços de saúde, não apenas para facilitar o diagnóstico e prevenção de doenças, mas pelo conhecimento do processo de adoecimento e morte da população negra no Brasil (PINTO; SOUZAS, 2002).

Diante do exposto, este capítulo tem como objetivo avaliar a associação entre cor da pele e anemia em gestantes acompanhadas pelo serviço pré-natal do Sistema Único de Saúde (SUS) em um município do Nordeste brasileiro.

Metodologia

O presente capítulo é originado de um estudo transversal aninhado a uma coorte prospectiva e dinâmica, desenvolvida a partir do projeto intitulado “Fatores maternos de risco para o baixo peso ao nascer, prematuridade e retardo do crescimento intrauterino, no Recôncavo da Bahia”, do Núcleo de Investigação em Saúde Materno Infantil (NISAMI), com gestantes do município de Santo Antônio de Jesus (BA), durante o período de junho de 2012 a fevereiro de 2014.

O município de Santo Antônio de Jesus está localizado no Recôncavo, no estado da Bahia. Sua população, de acordo com o Censo Demográfico realizado em 2010, era de 90.985 habitantes, sendo 48.020 do sexo feminino (IBGE, 2010). No que diz respeito à saúde, o município dispõe de 26 unidades de atendimento básico,

cinco hospitais, duas policlínicas e o Núcleo Regional de Saúde Leste (SESAB, 2011).

A amostra foi composta por gestantes residentes e domiciliadas na zona urbana, inscritas no serviço pré-natal do SUS, em qualquer faixa etária e período gestacional. Foram excluídas as gestantes sem confirmação ultrassonográfica da idade gestacional, as que apresentavam gestação de alto risco, as com gestação múltipla e as *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) positivas.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista com aplicação de questionário estruturado, sendo conduzida por estudantes previamente selecionados/as e treinados/as dos cursos de Nutrição, Enfermagem e Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), na sala de espera das Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos dias de atendimento pré-natal, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O questionário aplicado foi composto por informações relacionadas às características demográficas, socioeconômicas, ginecológico-obstétricas, exames laboratoriais, assistência pré-natal, hábitos maternos e antropometria.

A variável cor da pele se configurou como a variável de exposição principal desse estudo, sendo esta referida pela própria gestante no momento da entrevista. Essa exposição foi definida pela seguinte questão: “Em sua opinião, como a senhora definiria a cor da sua pele?”. E as alternativas foram: amarela, branca, parda, preta, indígena e não sabe. Para efeito de análise, esta variável foi categorizada em negras (somatório das pardas e pretas) e não negras (brancas); foram excluídas da análise as que referiram cor da pele indígena e amarela, por representarem uma amostra muito pequena.

A variável desfecho foi a anemia materna, utilizando como critério para o diagnóstico a concentração de hemoglobina inferior a 11,0g/Dl (OMS, 2013). Estes valores foram coletados

a partir dos resultados do exame bioquímico de hemograma, realizado por laboratório conveniado ao SUS e que estavam em poder da gestante, no ato da entrevista.

Foram estudadas as covariáveis: idade materna (< 20 anos, 20 a 34 anos, \geq 35 anos); escolaridade (Ensino Fundamental, Ensino Médio e Ensino Superior); situação conjugal (com companheiro e sem companheiro); renda familiar em salários mínimos (\leq 1 SM, 2 a 4 SM e \geq 4 SM); paridade (nulípara, primípara e múltipara); número de consultas pré-natal realizadas (< 6 e \geq 6 consultas); estado antropométrico segundo IMC pré-gestacional (baixo peso – $\text{IMC} < 18,5 \text{ kg/m}^2$; eutrófica – $18,5 \text{ Kg/m}^2 \leq \text{IMC} < 24,9 \text{ Kg/m}^2$; sobrepeso – $25,0 \text{ kg/m}^2 \leq \text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$ e obesidade – $\text{IMC} \geq 30,0 \text{ kg/m}^2$) (PIZZOL; GIUGLIANI; MENGUES, 2009); uso de sulfato ferroso durante a gestação (sim ou não).

Na análise estatística, foi utilizado o programa Epi-Data (versão 3.0) para a entrada dos dados, com sistema de checagem automática de consistência e amplitude. Todos os parâmetros foram expressos em números e percentagens. A análise dos dados foi realizada no programa estatístico Stata (versão 12.0). Para verificar a presença ou não de associação entre a variável independente, as covariáveis e o desfecho estudado foi calculada a Razão de Prevalência (RP) e os respectivos intervalos de confiança com nível de significância de 5%. Na análise bivariada foi utilizado o teste qui-quadrado (χ^2) para as variáveis dicotômicas. Na modelagem estatística foram selecionadas as variáveis que apresentaram o valor de $p < 0,20$ no teste do qui-quadrado. A seguir, essas variáveis foram introduzidas no modelo de regressão logística por meio do procedimento *stepwise* aquelas que, após ajustadas ou controladas pelas variáveis do modelo, mantiveram o valor de $p \leq 0,05$.

O projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade Adventista de Fisioterapia da Bahia, com número do parecer 4369.9.000.070-10, em 14 de setembro de 2010, e obedeceu

aos critérios da Resolução de nº 196/96 e suas suplementares do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

A amostra do presente estudo foi composta por 1.436 gestantes. A descrição da amostra com relação às características sociodemográficas, obstétricas e nutricionais, segundo cor da pele, encontra-se na Tabela 1. Entre as gestantes estudadas, 88,1% (823) eram negras. Dentre as gestantes negras, 75,7% tinham faixa etária de 20 a 34 anos, 85,5% referiram ter companheiro e 43% eram nulíparas. Cerca de 68,1% das gestantes realizaram seis ou mais consultas de atendimento pré-natal e 70,8% relataram fazer uso da suplementação de sulfato ferroso. Sobre as gestantes negras, verificou-se que 16,7% eram adolescentes, 47,6% possuíam renda entre 2 e 4 salários mínimos e 44,4% eram eutróficas, segundo o IMC pré-gestacional. As gestantes negras apresentaram maior nível de escolaridade, menor número de filhos e maior número de consultas pré-natal comparadas às não negras. Além disso, apresentaram maior suplementação de sulfato ferroso.

A prevalência de anemia na amostra analisada foi de 21,4% nas gestantes negras e 18% nas gestantes não negras, com associação entre concentrações de hemoglobina e cor da pele referida, porém, não estatisticamente significativa, mas revelou associação positiva (RP = 1,23; IC95%: 0,73 – 2,05). A estimativa RP foi de 1,23, isto é, nas gestantes negras a prevalência de ter anemia é aproximadamente 1,2 vezes maior do que nas gestantes não negras. A média de hemoglobina das gestantes negras e não negras foi, respectivamente, 12,44g/dL \pm 3,89 e 12,31g/dL \pm 3,22.

Na Tabela 2 são descritos dados referentes ao nível de hemoglobina, sendo esta categorizada em anêmicas quando apresentavam hemoglobina inferior a 11,0g/dL e não anêmicas quando apresentavam hemoglobina \geq 11,0g/dL. Em relação às

anêmicas, 66,3% tinham idade entre 20 e 34 anos, 83% referiram não ter companheiro, 45,8% eram primíparas. A maioria das gestantes, tanto anêmicas quanto não anêmicas, compareceu a mais de seis consultas de atendimento pré-natal, 65,3% e 74%, respectivamente, e fizeram uso da suplementação do sulfato ferroso, sendo 83,5% nas anêmicas e 82,9% nas não anêmicas.

Os dados das gestantes, segundo cor da pele, estratificados por diagnóstico de anemia, são apresentados na Tabela 3. Com relação às gestantes negras, as variáveis idade materna, estado civil, escolaridade, paridade e número de consultas pré-natal apresentaram diferenças estatisticamente significantes, comparando entre anêmicas e não anêmicas. Em comparação às gestantes não negras anêmicas, as negras anêmicas apresentaram menor faixa etária, menor nível de escolaridade, maior número de filhos e maior ausência de companheiro.

Na Tabela 4 estão apresentados os resultados finais da análise de regressão logística múltipla entre cor da pele e anemia em gestantes, ajustando segundo os fatores associados à anemia. Após ajuste pelos fatores associados, as gestantes negras tinham uma prevalência 1,43 vezes maior de ter anemia comparadas às gestantes não negras (RP= 1,43; IC95%: 0,84 – 2,44). O fator associado estatisticamente, após análise ajustada, foi paridade. Quanto ao número de consultas pré-natal, as gestantes negras que tiveram menos de seis consultas possuíam uma prevalência 1,39 vezes maior (RP = 1,39; IC95%: (0,97 – 2,00) do que as gestantes não negras de ter anemia. No que se refere à paridade, as gestantes negras nulíparas possuíam uma prevalência 2,30 vezes maior (RP = 2,30; IC95%: 1,48 – 3,59) do que as gestantes múltiparas de terem anemia, e as gestantes primíparas, uma prevalência 3,80 vezes maior (RP = 3,80; IC95%: 2,39 – 6,02). A prevalência de anemia foi 43% e 70% maior para as gestantes negras com idade menor que 20 anos e que tinham companheiro, respectivamente.

Discussão

A prevalência de anemia entre todas as gestantes foi de 21%, sendo menor que a estimada pela OMS (2008) que é de (29,1%) para o Brasil. O estudo não encontrou diferenças estatisticamente significantes na prevalência de anemia entre as gestantes negras (21,4%) e não negras (18%). O resultado verificado corrobora com o estudo transversal de Santos, Conceição e Monteiro (2012), com 121 gestantes, no município de São Luiz/MA, realizado em 2008, que também utilizou dados secundários da hemoglobina para se estabelecer o diagnóstico da anemia, mas não identificou associação entre os níveis de hemoglobina e a cor da pele referida. Em contrapartida, Pizzol, Giugliani e Mengues (2009), em um estudo de coorte (1991-1995), com 3.865 gestantes atendidas em ambulatórios de acompanhamento pré-natal ligados ao SUS de seis capitais no Brasil, revelou maior prevalência de anemia em gestantes com cor da pele não branca em comparação às brancas.

No estudo de base populacional realizado nos EUA, no período de 1995 a 2000, com dados derivados dos arquivos de natalidade norte-americanos de 23.326.064 nascidos vivos, as negras tiveram duas vezes mais risco de apresentarem anemia durante a gestação do que as brancas, contudo, foi utilizada a hemoglobina $<10\text{g/dL}$ para o diagnóstico de anemia na gestação (ADEBISI; STRAYHORN, 2005). Nesse contexto, os pontos de corte propostos pela OMS (2008) seriam mais adequados, já que um ponto de corte mais baixo pode subestimar o resultado de prevalência de anemia na gestação.

Em outro estudo realizado nos EUA, verificou-se maior prevalência de anemia nas gestantes negras em comparação às gestantes brancas (MOHAMED *et al.*, 2012). Apesar de no estudo, que baseia este capítulo, não ter sido verificada uma diferença significativa entre as prevalências nos dois grupos, nas gestantes

negras a prevalência de ter anemia foi aproximadamente 1,2 vezes maior do que as gestantes não negras.

No que se refere ao nível de escolaridade, o fato de mulheres negras apresentarem nível de escolaridade significativamente maior do que as não negras não é respaldado pela literatura pesquisada. Em um estudo transversal com 9.633 puérperas, em 2005, no município do Rio de Janeiro, verificou-se que as puérperas pardas e pretas apresentam menor grau de escolaridade, apenas 1,3% das pretas e 2,8% das pardas completaram o Ensino Superior, em contraste com 13,1% alcançado pelas brancas (LEAL; NOGUEIRA; CUNHA, 2005). Borders *et al.* (2015), em estudo de coorte (2008-2009) com 112 gestantes, também verificaram nível de escolaridade mais baixo entre as gestantes negras, achado que pode ser uma justificativa para a prevalência de anemia nos dois grupos de gestantes serem semelhantes, já que entre as gestantes negras, as anêmicas tinham menor nível de escolaridade. Segundo Vitolo, Boscaini e Bortolini (2006), a escolaridade desempenha papel fundamental no contexto da adesão às atitudes relacionadas ao adequado estado de saúde e nutrição.

É importante ressaltar que possíveis avanços nos indicadores socioeconômicos da população negra possam estar relacionados ao impacto positivo das políticas públicas, como o Programa Bolsa Família, criado em 2003, que tem como objetivo a superação da fome e da pobreza, através da transferência de renda, beneficiando famílias que, em sua maioria, são compostas por mulheres pretas e pardas (MARIANO; CARTOLO, 2013). Além das políticas de ações afirmativas, como a de cotas raciais que proporciona a ampliação do acesso da população negra às universidades públicas (DURHAN, 2003).

No que diz respeito ao atendimento pré-natal fornecido pelo SUS, a maioria das mulheres do estudo realizou mais de seis consultas de atendimento pré-natal, como preconizado pelo Ministério da Saúde, o qual considera o número de seis consultas como o número mínimo durante a gestação para a garantia da qualidade da

assistência pré-natal (BRASIL, 2012). As gestantes negras tiveram maior número de consultas pré-natal em comparação às não negras. Perpétuo (2000), por outro lado, a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), com 3.025 mulheres, verificou que 77% das gestantes brancas receberam mais de seis consultas pré-natais contra 61% das gestantes negras. As gestantes negras anêmicas tiveram menor número de consultas pré-natal que as negras não anêmicas, tendo as gestantes negras que realizaram menos de seis consultas pré-natal uma prevalência 1,39 vezes maior do que as gestantes não negras de terem anemia, destacando-se, assim, a importância do acompanhamento pré-natal.

O estudo que embasa este capítulo mostrou que a porcentagem de gestantes que referiram fazer uso da suplementação com sulfato ferroso foi elevada (70,8%). Não existiram diferenças estatisticamente significantes entre a variável cor da pele e o uso da suplementação. Em compensação, Cesar *et al.* (2013), em um estudo realizado com 2.557 puérperas, no município do Rio Grande/RS, revelaram maior prevalência de suplementação de sulfato ferroso entre as mães pretas. A OMS e o Ministério da Saúde recomendam a suplementação diária de ferro elementar a todas as gestantes na segunda metade da gravidez, independente do diagnóstico de anemia (OMS, 2013; BRASIL, 2013a). No entanto, apesar dessa ampla recomendação e o conjunto de estratégias voltadas para o controle e a redução da anemia, como o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), instituído em 13 de maio de 2005, através da portaria nº 730/GM, são necessárias mudanças estruturais nas condições socioeconômicas da população, juntamente com os programas de controle à anemia para a redução da prevalência a níveis aceitáveis (abaixo de 5%) (VITOLLO; BOSCAINI; BORTOLINI, 2006; BRASIL, 2013a).

No que se refere à paridade, as gestantes negras nulíparas e primíparas apresentaram prevalência, respectivamente, 2,30 e 3,80 vezes maior do que as gestantes multíparas de terem anemia. Por

outro lado, esse resultado não foi verificado por Adebisi e Strayhorn (2005), que revelaram aumento significativo na prevalência de anemia, com o aumento da paridade. Existe a possibilidade que as gestantes múltiparas, por já terem passado pela experiência de outras gestações, tenham maior conhecimento sobre a gravidez e maior consciência sobre a importância do acompanhamento pré-natal.

Em relação à idade materna, a maioria das gestantes negras que estava anêmica era adolescente. No estudo Adebisi e Strayhorn (2005), as adolescentes apresentaram elevada prevalência de anemia em todas as raças. As adolescentes compõem um grupo vulnerável às deficiências nutricionais por consequência do aumento das necessidades inerentes da gestação e pelas demandas do seu próprio crescimento, além da questão da raça/etnia, que está relacionada a condições socioambientais desfavoráveis (PESSOA *et al.*, 2015). Nesse contexto, é essencial a implementação de ações de prevenção e controle da anemia em gestantes adolescentes, como meio de evitar efeitos deletérios para a saúde materna e fetal (SANTOS; CONCEIÇÃO; MONTEIRO, 2012).

Como limitações do estudo que fundamenta este capítulo, identifica-se a autoclassificação da cor da pele como parda, que possui um grau de subjetividade devido à miscigenação ocorrida no Brasil, além da adoção de dados secundários de hemoglobina coletados a partir dos resultados de hemograma realizados no SUS, como critério único para diagnóstico da anemia nas gestantes. Ressalta-se também a existência de poucos estudos sobre o tema, o que dificulta a discussão com outros autores.

Considerações finais

Apesar dos achados, as desigualdades raciais nas condições de saúde da população ainda persistem como problema de saúde pública, como expressão de diferenças biológicas, disparidades

sociais e discriminação étnica (LEAL; NOGUEIRA; CUNHA, 2005), cenário que tem se modificado devido à maior consciência dos brasileiros sobre o seu perfil raça/cor, sobretudo entre as mulheres. Diferentemente das décadas anteriores, de acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), no Brasil, em 2011, metade da população feminina declarou-se de cor/raça negra (preta ou parda), 49% branca e 1% indígena ou amarela. Na região Nordeste, a proporção de mulheres negras chega 69% (BRASIL, 2013b). São dados que auxiliam para conceder maior visibilidade às iniquidades que atingem a essa população e colaborar para produção científica no país.

Por fim, embora o presente estudo não tenha verificado diferenças estatisticamente significantes na prevalência de anemia entre as gestantes negras e não negras, foi possível constatar que a cor da pele negra está associada ao aumento da prevalência de anemia durante a gestação. Nessa perspectiva, destaca-se a importância do estudo realizado para a melhoria das condições de saúde das gestantes negras, e para o aprimoramento e fortalecimento do SUS.

Referências

ADEBISI, O. M. D.; STRAYHORN, G. Anemia in Pregnancy and Race in the United States: Blacks at Risk. **Health Services Research**, v. 37, n. 9, p. 655-662, 2005.

BATISTA FILHO, M.; SOUZA, A. I.; BRESANI, C. C. Anemia como problema de saúde pública: uma realidade atual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1917- 1922, 2008.

BLANKSON, M. L. *et al.* The relationship between maternal hematocrit and pregnancy outcome: black-white differences. **Journal of the National Medical Association**, v. 85, n. 2, p. 130-134, 1993.

BORDERS, A. E. B. *et al.* Racial/ethnic differences in self-reported and biologic measures of chronic stress in pregnancy. **Journal of Perinatology**, p. 1-5, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro**: manual de condutas gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher**. 1 Impressão. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, novembro de 2013b.

CARDOSO, A. M.; SANTOS, R. V.; COIMBRA JR., C. E. A. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1602-1608, 2005.

CESAR, J. A. *et al.* Suplementação com sulfato ferroso entre gestantes: resultados de estudo transversal de base populacional. **Ver. Bras. Epidemiol.**, v. 16, n. 3, p. 729-36, 2013.

DURHAN, E. **Desigualdade educacional e cotas para negros nas universidades** (Documento de Trabalho). São Paulo: NUPES/USP, 2003.

FERREIRA, H. S.; MOURA, F. A.; CABRAL JUNIOR, C. R. Prevalência e fatores associados à anemia em gestantes da região semi-árida do Estado de Alagoas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 30, n. 9, p. 445-51, 2008.

GARN, S. M.; SMITH, M. J.; CLARK, D. C. Lifelong differences in hemoglobin levels between blacks and whites. **J. Natl. Med. Assoc.**, v. 67, p. 91-96, 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**: Santo Antônio de Jesus. Brasil: IBGE, 2010.

JOHNSON-SPEAR, M. A.; RAY, Y. Hemoglobin difference between black and white women with comparable iron status: justification for race-specific anemia criteria. **Am. J. Clin. Nutr.**, v. 60, n. 1, p. 117-121, 1994.

LEAL, M. C.; NOGUEIRA, S. G.; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005.

MARIANO, A. S.; CARTOLO, C. M. Aspectos diferenciais da inserção de mulheres negras no Programa Bolsa Família. **Revista Sociedade e Estado**, v. 28, n. 2, p. 393-417, 2013.

MOHAMED, A. *et al.* Racial disparities in maternal hemoglobin concentrations and pregnancy outcomes. **J. Perinat. Med.**, v. 40, n. 1, p. 141-149, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005: WHO global database on anaemia, Edited by Bruno de Benoist, Erin McLean, Ines Egli and Mary Cogswell. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diretriz**: Suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2013.

PEÑA-ROSAS, J. P. *et al.* Daily oral iron supplementation during pregnancy (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 12. Art. n. CD004736, 2012.

PERPÉTUO, I. H. O. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda de saúde reprodutiva. **Jornal da Rede Saúde**, v. 22, p. 10-16, 2000.

PESSOA, L. S. *et al.* Evolução temporal da prevalência de anemia em adolescentes grávidas de uma maternidade pública do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 37, n. 5, p. 208-15, 2015.

PINTO, E. A.; SOUZAS, R. Etnicidade e saúde da população negra no Brasil. Editorial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1144-1145, 2002.

PIZZOL, T. S.; GIUGLIANI, E. R. J.; MENGUES, S. S. Associação entre o uso de sais de ferro durante a gestação e nascimento pré-termo, baixo peso ao nascer e muito baixo peso ao nascer. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 160-168, 2009.

RODRIGUES, L. P.; JORGE, S. R. P. F. Deficiência de ferro na gestação, parto e puerpério. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, v. 32, n. 2, p. 53-56, 2010.

SANTOS, F. F.; CONÇEIÇÃO, S. I. O.; MONTEIRO, S. G. Anemia em gestantes atendidas em maternidades, em São Luís (MA). **Cad. Pesq.**, São Luís, v. 19, n. 2, 2012.

SANTOS, J. A. F. Desigualdade racial de saúde e contexto de classe no Brasil. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 5-40, 2011.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB). Governo do Estado da Bahia. **Regiões de Saúde do Estado da Bahia**: Santo Antônio de Jesus. Brasil: Estado da Bahia, 2011.

SOUZA, A. I.; FILHO, M. B.; FERREIRA, L. O. C. Alterações hematológicas e gravidez. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, v. 24, n. 1, p. 29-36, 2002.

VITTOLO, M. R.; BOSCAINI, C.; BORTOLINI, G. A. Baixa escolaridade como fator limitante para o combate à anemia entre gestantes. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 28, n. 6, p. 331-339, 2006.

Anexos

Tabela 1 – Características sociodemográficas, obstétricas e nutricionais das gestantes segundo cor da pele em Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil, 2012-2014.

<i>Variáveis</i>	<i>Negras</i>				<i>Não negras</i>	
	n	%	n	%	N Total	Valor p
IDADE MATERNA						0,828
< 20 anos	205	16,7	30	18,3	305	
20 – 34 anos	931	75,7	123	75	1054	
≥ 35 anos	93	7,6	11	6,7	104	
SITUAÇÃO CONJUGAL						0,482
Com companheiro	1045	85,5	136	83,4	1181	
Sem companheiro	177	14,5	27	16,6	204	
ESCOLARIDADE						0,003
Fundamental	562	45,8	97	59,1	659	
Médio	608	49,6	58	35,4	666	
Superior	56	4,6	9	5,5	65	
RENDA						0,294
≤1 salário mínimo	251	24,4	33	22,2	284	
2 – 4 salários mínimos	489	47,6	65	43,6	554	
≥ 5 salários mínimos	288	28	51	34,2	339	
PARIDADE						0,000
Nulípara	526	43	91	55,8	617	
Primípara	462	37,8	34	20,9	496	
Multipara	234	19,2	38	23,3	272	
Nº DE CONSULTAS						0,001
PRÉ-NATAL						
< 6	374	30,6	70	43	444	
≥ 6	850	69,4	93	57	943	
IMC PRÉ-GESTACIONAL						0,803
Baixo peso	14	1,9	3	2,5	17	
Eutrofia	331	44,4	58	47,5	389	
Sobrepeso	248	33,2	40	32,8	288	

<i>Obesidade</i>	153	20,5	21	17,2	174	
SUPLEMENTAÇÃO DE SULFATO FERROSO						0,174
<i>Sim</i>	861	71	106	65,8	967	
<i>Não</i>	35	29	55	34,2	406	

* A variação no total de gestantes nas categorias justifica-se pela ausência de dados relacionados a cada variável em questão.

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 2 – Características sociodemográficas, obstétricas e nutricionais das gestantes associadas ao diagnóstico de anemia em Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil, 2012- 2014.

<i>Variáveis anêmicas</i>	<i>Anêmicas</i>				<i>Não</i>
	n	%	n	%	
IDADE MATERNA					0,000
<i>< 20 anos</i>	50	24,8	97	12,9	
<i>20 – 34 anos</i>	134	66,3	599	79,8	
<i>≥ 35 anos</i>	18	8,9	55	7,32	
SITUAÇÃO CONJUGAL					0,015
<i>Com companheiro</i>	167	83	670	99,3	
<i>Sem companheiro</i>	34	17	80	10,7	
ESCOLARIDADE					0,452
<i>Fundamental</i>	81	40	268	35,7	
<i>Médio</i>	112	55,5	440	58,6	
<i>Superior</i>	9	4,5	43	5,7	
RENDA					0,092
<i>≤1 salário mínimo</i>	56	29,5	127	22,3	
<i>2 – 4 salários mínimos</i>	87	45,8	269	47,2	
<i>≥ 5 salários mínimos</i>	47	24,7	174	30,5	
PARIDADE					0,000
<i>Nulípara</i>	98	29,5	319	42,5	
<i>Primípara</i>	50	45,8	323	43	
<i>Multípara</i>	52	24,7	108	14,5	
Nº DE CONSULTAS PRÉ-NATAL					0,016
<i>< 6</i>	70	34,7	196	26	

≥ 6	32	65,3	555	74	0,238
IMC PRÉ-GESTACIONAL					
<i>Baixo peso</i>	3	2,3	6	1,3	
<i>Eutrofia</i>	64	50	189	41,8	
<i>Sobrepeso</i>	42	32,8	164	36,3	
<i>Obesidade</i>	19	14,9	93	20,6	0,838
SUPLEMENTAÇÃO DE SULFATO FERROSO					
<i>Sim</i>	167	83,5	620	82,9	
<i>Não</i>	33	16,5	128	17,1	

* A variação no total de gestantes nas categorias justifica-se pela ausência de dados relacionados a cada variável em questão.

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 3 – Diagnóstico de anemia, segundo características sociodemográficas, obstétricas, e nutricionais das gestantes associadas a cor da pele em Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil. 2012-2014.

Características	Negras				p	Não negras				p
	Não anêmicas		Anêmicas			Não anêmicas		Anêmicas		
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Idade Materna					0,000					0,601
<i>< 20 anos</i>	76	61,3	48	38,7		16	88,9	2	11,1	
<i>20 – 34 anos</i>	522	82,5	111	17,5		67	79,8	17	20,2	
<i>≥ 35 anos</i>	47	73,4	17	26,6		7	87,5	1	12,5	
Situação Conjugal					0,012					0,310
<i>Com companheiro</i>	575	80,0	144	20,0		83	83,0	17	17,0	
<i>Sem companheiro</i>	69	69,0	31	31,0		7	70,0	3	30,0	
Escolaridade					0,045					0,066
<i>Fundamental</i>	210	74,0	74	26,0		51	89,5	6	10,5	
<i>Médio</i>	398	80,6	96	19,4		34	75,6	11	24,4	
<i>Superior</i>	37	86,0	6	14,0		5	62,5	3	37,5	
Renda					0,058					0,506
<i>≤1 salário mínimo</i>	101	66,5	51	33,5		18	81,8	4	18,2	
<i>2-4 salários mínimos</i>	232	76,0	73	24,0		33	78,6	9	21,4	
<i>≥ 5 salários mínimos</i>	139	76,4	43	23,6		31	88,6	4	11,4	
Paridade					0,000					0,908
<i>Nulípara</i>	261	75,6	84	24,4		50	80,7	12	19,3	
<i>Primípara</i>	298	87,6	42	12,4		22	84,6	4	15,4	

<i>Múltipara</i>	85	64,0	48	36,0	18	81,8	4	18,2	
Nº de Consultas					0,005				
Pré-Natal									
<6	155	71,8	61	28,2	34	79,0	9	21,0	
≥6	490	81,0	115	19,0	56	83,6	11	16,4	
IMC Pré-Gestacional					0,114				
<i>Baixo Peso</i>	5	71,4	2	28,6	1	50,0	1	50,0	
<i>Eutrofia</i>	156	72,9	58	27,1	32	88,9	4	11,1	
<i>Sobrepeso</i>	136	79,5	35	20,5	22	81,5	5	18,5	
<i>Obesidade</i>	78	84,8	14	15,2	68	77,8	14	17,0	
Suplementação de Sulfato Ferroso					0,625				
<i>Sim</i>	542	79,0	144	21,0	64	79,0	17	21,0	
<i>Não</i>	101	77,1	30	22,9	25	89,3	3	10,7	

* A variação no total de gestantes nas categorias justifica-se pela ausência de dados relacionados a cada variável em questão.

Tabela 4 - Análise multivariada dos fatores associados à anemia em gestantes segundo a raça/cor. Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil. 2012-2014.

Características

Análise Ajustada

	RP (IC 95%)
	1,00
COR DA PELE	1,43 (0,84 – 2,44)
<i>Não negra</i>	
<i>Negra</i>	0,43 (0,27 – 0,67)
IDADE MATERNA	1,00
< 20 anos	
20 – 34 anos	1,00
SITUAÇÃO CONJUGAL	0,70 (0,43 – 1,12)
<i>Sem companheiro</i>	
<i>Com companheiro</i>	
CONSULTA PRÉ-NATAL	1,39 (0,97 – 2,00)
<6	1,00
>6	
PARIDADE	2,30 (1,48 – 3,59)
<i>Nulípara</i>	3,80 (2,39 – 6,02)
<i>Primípara</i>	
<i>Múltipara</i>	1,00

Fonte: Dados da pesquisa.

Representações sobre a vivência da sexualidade de homens e mulheres com HTLV

*Maria da Conceição Costa Rivemales
Mirian Santos Paiva*

Introdução

A apreensão das representações sobre a vivência da sexualidade das pessoas soropositivas para o Vírus Linfotrópico de Células T Humano (HTLV) não é tarefa fácil, pois a sexualidade ainda é um tema impregnado de normas e dispositivos reguladores. Para tanto, também é um assunto que envolve a intimidade das pessoas, as relações afetivas e de gênero e a vida privada, permeadas por tabus que dificultam a discussão sobre o tema.

Há que se destacar que o HTLV é um agravo ligado a questões raciais e, como tal, envolve relações de classe, pois incide predominantemente sobre a população negra que, por conseguinte, é a mais excluída do acesso a bens e serviços, e por ter entre as suas formas de transmissão, a sexual, estando transversalizada pelas relações de gênero. Assim, foi preciso adentrar no mundo simbólico e conceitual de homens e mulheres acometidos pelo HTLV, resgatando junto a essas pessoas os significados atribuídos à sexualidade, tendo em vista os aspectos inerentes à infecção/adoecimento por esse vírus serem carregados de estigma e que ainda é pouco discutido no universo consensual e reificado.

Compete destacar que, mesmo diante das doenças associadas que o vírus pode acarretar, os/as profissionais de saúde muitas vezes desconhecem a existência do HTLV, o que, por sua vez, compromete o aconselhamento no caso de identificação e confirmação sorológica desse vírus. Ao mesmo tempo, esses/as profissionais devem ser estimulados/as a incluir a discussão sobre a sexualidade, respeitando

a individualidade e reconhecendo a identidade de gênero das pessoas, para que possam orientar efetivamente o uso do preservativo como medida preventiva, não somente para o HTLV, mas também para outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).

Este capítulo apresenta um estudo que utilizou como eixo a Teoria das Representações Sociais (TRS). A representação social (RS) é definida como uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos (MOSCOVICI, 1978). De acordo com Quintana e Müller (2006, p. 76), as RSs devem ser consideradas como “um sistema de teorias populares, senso comum e saberes cotidianos/práticos utilizados pelos sujeitos para dar significado a si e ao ambiente que o cerca”. Desse modo, para que o indivíduo exista, é mister que o mesmo esteja inserido em uma rede social (MOSCOVICI, 1985).

As técnicas projetivas têm sido atualmente das mais utilizadas para a coleta de dados da TRS. As críticas recentes das técnicas projetivas são em contraposição às objetivas, principalmente em relação ao rigor metodológico nos estudos de validação e à ausência de validade incremental (VILLEMOR-AMARAL; PASQUALINI-CASADO, 2006). De modo a facilitar a apreensão das RSs sobre a vivência da sexualidade das pessoas acometidas pelo HTLV, foi utilizada a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP).

A TALP constitui uma técnica interrogativa, de aplicação rápida e de fácil compreensão que permite aos/às entrevistados/as, a partir do estímulo indutor, evocar respostas de conteúdos afetivos e cognitivo-avaliativos (COUTINHO *et al.*, 2003). Segundo De Rosa (1980), a associação livre de palavras faz aparecer as dimensões latentes que estruturam o universo semântico, específico das representações estudadas, permitem o acesso aos núcleos figurativos da representação e são capazes de sondar os núcleos estruturais latentes das representações.

Os dados obtidos a partir da TALP foram processados estatisticamente no *software Tri-Deux-Mots* e analisados por meio da Análise Fatorial de Correspondência (AFC). O *software* converge as duas abordagens, quantitativa e qualitativa, porém a análise do gráfico que é gerado a partir da AFC é quantitativa. O *software* permitiu a verificação de correlações entre grupos, assim como a visualização das relações de atração e afastamento entre os elementos do campo representacional acerca do objeto estudado (TEIXEIRA, 2009) – a sexualidade de pessoas soropositivas para o HTLV.

Segundo Moura *et al.* (2008), a AFC permite avaliar as correlações (positivas e negativas) existentes entre diferentes grupos de caracteres, evidenciando os campos semânticos definidos pelas palavras associadas aos estímulos e a sua contribuição para a construção dos fatores ou eixos que constituem o plano fatorial. Os autores citados relatam que a AFC é ideal na explicação das representações sociais obtidas através do TALP.

Para a construção do banco de dados, foi necessário definir as variáveis fixas e de opinião de cada depoente. Assim, **as variáveis fixas** definidas no estudo foram: tempo de diagnóstico (1 – dois a cinco anos), (2 – seis a dez anos) e (3 – acima de dez anos); sexo (1 – feminino) e (2 – masculino); condição na doença (1 – sintomático/a) e (2 – assintomático/a); conjugalidade (1 – parceria fixa), (2 – parceria ocasional) e (3 – sem parceria). **As variáveis de opinião** foram apreendidas a partir dos estímulos indutores: 1 – sexualidade, 2 – vivência da sexualidade, 3 – HTLV, 4 – sexualidade e HTLV.

Para efeito de processamento estatístico, o banco de dados foi organizado em colunas e linhas. Nas colunas foram introduzidas as variáveis fixas de cada sujeito e nas linhas foram colocadas as evocações relacionadas a cada um dos estímulos.

A análise da AFC foi baseada a partir da disposição das variáveis fixas e de opiniões distribuídas no gráfico, sendo realizado

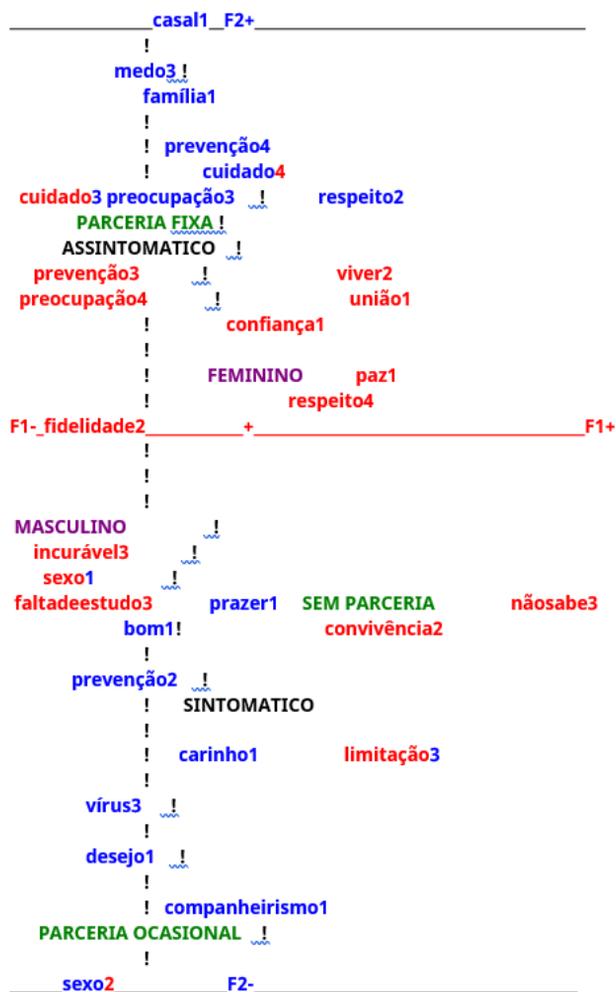
o plano de análise a partir dos fatores 1 e 2. Foi feita também a análise da frequência relativa e absoluta das palavras, destacando as evocações que tiveram uma frequência absoluta igual ou superior a seis.

A AFC possibilitou a representação gráfica da atração e/ou afastamento entre as variáveis fixas e as de opinião. O gráfico gerado (Figura 1) foi analisado a partir da interpretação de como as modalidades de opinião (evocações) e sociodemográficas se reúnem e se afastam, formando grupos que são distribuídos de maneira oposta sobre os eixos ou fatores (F1 e F2).

As variáveis fixas utilizadas para o processamento dos dados no *Tri-deux-mots* foram: sexo, condição da doença e conjugalidade. A AFC revelou o jogo de oposições entre as variáveis descritas. Para fins de análise e tratamento das informações obtidas, foram consideradas as respostas tendo como referência a frequência igual ou superior a seis vezes repetidas e evocadas em relação a cada estímulo indutor. Foram evocadas 961 palavras pelas 72 pessoas que constituíram a amostra, das quais 253 foram diferentes.

A partir do gráfico (Figura 1), pôde-se observar que o fator 1 se caracteriza pela oposição de gênero. No lado direito, encontra-se o fator 1 positivo (**F1+**) onde são evidenciadas as representações das mulheres soropositivas para o HTLV, sem parceria. O fator 1 negativo (**F1-**), à esquerda, demonstra as representações dos homens soropositivos para o HTLV. No fator 2 se destaca uma dupla oposição: em relação à condição da doença e à conjugalidade. Na parte superior, lado, encontra-se o fator 2 positivo (**F2+**) que revela as respostas das pessoas soropositivas para o HTLV assintomáticas e com parceira fixa. Já o fator 2 negativo (**F2-**) informa as representações das pessoas soropositivas para o HTLV sintomáticas e com parceria ocasional.

Figura 1: Representação Gráfica dos Fatores 1 e 2. Salvador-Bahia, 2013.

**LEGENDA**

F1+ Mulheres soropositivas para o HTLV sem parceria

F1- Homens soropositivos para o HTLV

F2+ Pessoas soropositivas para o HTLV assintomáticas e com parceria fixa

F2- Pessoas soropositivas para o HTLV sintomáticas e com parceria ocasional

Estímulos: 1 – sexualidade; 2 - vivência da sexualidade; 3 – HTLV; 4 - sexualidade e HTLV.

Fonte: Dados da pesquisa.

O fator 1 é representado no gráfico de cor vermelha e posição horizontal no eixo das abscissas. Ele traduz as representações mais significativas, explicando 41,2% da variância total de respostas. O fator 2 está na cor azul, posição vertical, no eixo das coordenadas, e apresenta percentual de variância de 36,4%. Somados os valores percentuais do F1 e F2, explicam-se 77,6% de variância total das respostas, o que por sua vez, caracteriza a análise como de alta significância, uma vez que, para Di Giacomo (1993), há significância quando os dois fatores em conjunto conseguem explicar ao menos 15% da variância total.

As palavras apresentadas no gráfico com a letra maiúscula se referem às variáveis fixas (**sexo; condição da doença; conjugalidade**). As demais palavras consistem nas representações ou respostas das pessoas soropositivas para o HTLV a TALP, que estão apresentadas pela cor azul ou vermelha. Assim, as palavras que contribuíram na construção do fator 1, ou eixo 1, aparecem na cor vermelha; enquanto que aquelas que obtiveram maior contribuição para o eixo 2 aparecem na cor azul. Algumas respostas tiveram dupla contribuição na construção dos fatores 1 e 2, aparecendo, portanto, com as cores azul e vermelha. Destaca-se que todas as palavras no gráfico, independentes de sua cor, são acompanhadas de um número que corresponde ao estímulo indutor da resposta (ver legenda abaixo do gráfico).

As respostas expressas pelas mulheres soropositivas para o HTLV sem parceria (F1+) remetem às seguintes representações: com relação ao estímulo 1, sexualidade, são evidenciadas as respostas **união, confiança e paz**; já para o estímulo 2, (vivência da sexualidade), evocam as respostas **viver e convivência**; o estímulo HTLV é associado à falta de conhecimento, pois **não sabe e limitação** são as respostas; o estímulo sexualidade e HTLV evidenciou as respostas **cuidado e respeito**. Já para os homens soropositivos para o HTLV (F1-), as representações mostram que: para o estímulo 1,

sexualidade, evocaram **sexo**; o estímulo 2 (vivência da sexualidade) é expresso pelas respostas **fidelidade** e **sexo**; o estímulo 3 (HTLV) evidencia as palavras **cuidado**, **prevenção**, **incurável** e **falta de estudo**; o estímulo 4 (sexualidade e HTLV) está associado à **preocupação**.

As evocações das pessoas soropositivas para o HTLV assintomáticas e com parceria fixa (F2+) expressam as seguintes representações: **casal** e **família** para o estímulo 1 (sexualidade); **respeito** para o estímulo 2 (vivência da sexualidade); **medo**, **cuidado** e **preocupação** para o estímulo 3 (HTLV); **prevenção** e **cuidado** para o estímulo 4 (sexualidade e HTLV).

No que diz respeito às evocações das pessoas soropositivas para o HTLV sintomáticas e com parceria ocasional (F2-), as representações foram expressas pelas palavras: **sexo**, **prazer**, **bom**, **desejo**, **carinho** e **companheirismo** (sexualidade); **sexo** e **prevenção** (vivência da sexualidade); **limitação** e **vírus** (HTLV). Ressalta-se que, para o estímulo indutor 4 (sexualidade e HTLV), as pessoas soropositivas para o HTLV sintomáticas e com parceria ocasional (F2-) não evocaram nenhuma palavra.

O jogo de atrações e oposições do fator 1 (F1)

A representação gráfica, descrita na Figura 1, demonstra a oposição em relação aos dois blocos de representações configurados sobre o fator 1 (F1). No eixo à esquerda (F1-) é evidenciado o campo semântico das representações sobre a vivência da sexualidade, expressas no senso comum das respostas dos homens soropositivos para o HTLV, em oposição ao eixo à direita (F1+), das mulheres soropositivas para o HTLV sem parceria.

Quanto ao estímulo 1, os homens soropositivos para o HTLV objetivaram que a **sexualidade** é uma experiência atrelada ao **sexo**. A variável de opinião **sexo**, associada ao estímulo 1 (sexo1), apresentou frequência relativa de (42,9%) das evocações dos

homens. Infere-se que a importância dispensada ao **sexo** para esses sujeitos é fruto da construção da sexualidade masculina, associada à valorização da virilidade, que, por sua vez, é evidenciada a partir do ato sexual.

Já as mulheres soropositivas para o HTLV sem parceria, representaram que a **sexualidade** é uma experiência que denota **paz** e, por isso, é necessário que haja **união** e **confiança** no relacionamento.

Percebe-se o jogo de oposições entre os dois grupos descritos, visto as distintas representações sobre a sexualidade entre os homens e as mulheres acometidos pelo HTLV participantes do estudo. Tais representações expressam as diferenças construídas socialmente para o masculino e o feminino.

Para mulheres soropositivas para o HTLV sem parceria, fica clara a ligação da sexualidade com as questões relacionadas à harmonia e afetividade do casal. O fato de essas mulheres não possuírem parceria induz à inferência de que suas evocações exprimem uma idealização do relacionamento afetivo-sexual em descompasso com a realidade vivenciada, já que é soropositiva e, após contrair o vírus, encontra-se sem parceria sexual.

A experiência sexual feminina se associa muito mais ao estabelecimento de vínculos, com a valorização da afetividade, do que à experiência sexual em si (GOMES, 2008). Por outro lado, alimentadas por uma expectativa romântica, as mulheres buscam um companheiro que queira estabelecer um vínculo estável e expresse sentimentos de afeição (CARVALHO, 2010). Assim, o estabelecimento de uma relação estável, munida de **paz**, **confiança** e **união** entre os parceiros, pode ser o desejo de suprir uma carência afetiva e de relação, manifestada pelo grupo de pertença das mulheres soropositivas para o HTLV sem parceria.

Em oposição, os homens soropositivos para o HTLV, ao significarem a **sexualidade** no **sexo**, evidenciam a relevância atribuída

ao ato sexual como uma experiência que revela sua masculinidade, visto que a trajetória sexual dos homens está atrelada à experiência de manter-se como o ator que exprime virilidade, força e atividade no que concerne ao relacionamento afetivo-sexual.

Bastos e Rivemales (2017) observaram que os homens soropositivos para o HTLV participantes do seu estudo possuíam a visão de que a sexualidade humana estaria apenas relacionada ao ato sexual, à reprodução e a sensações instintivas, pois para eles a sexualidade significa “ter prazer sobre a mulher, vontade sobre o que deseja, sexualidade é o sexo em si, é ter prazer, é procriar, é dar frutos para esse mundo”.

Segundo Gagnon (2006), o significado e exercício dado à sexualidade é dependente da socialização, da aprendizagem de determinadas regras, de roteiros e cenários culturais. Destarte, é coerente a defesa de Leal e Knauth (2006), quando afirmam que é socialmente legítima e constitutiva da identidade masculina a ênfase impressa no desempenho sexual.

Em relação ao estímulo 2, os homens soropositivos para o HTLV representaram novamente que a **vivência da sexualidade** denota o **sexo**. No entanto, apesar da importância dispensada ao ato sexual, esse grupo de pertença representa a **vivência da sexualidade** implicada com a **fidelidade** do casal.

Sabe-se que a importância dada à **fidelidade** na manutenção do relacionamento afetivo-sexual pode estar vinculada ao fato de a relação sexual ocorrer entre casais sorodiscordantes, já que os participantes do estudo exprimiram na entrevista que suas parcerias sexuais nem sempre apresentavam a infecção pelo HTLV, o que, de certa forma, traz insegurança no campo da sexualidade. Por outro lado, a atenção dispensada à **fidelidade** pode também ser reflexo das aspirações masculinas de que sua parceria afetivo-sexual seja fiel no relacionamento, o que chama a atenção, dado que a fidelidade, em decorrência da construção social das identidades masculina e

feminina, geralmente tem sido almejada no roteiro sexual feminino dentro dos relacionamentos ditos estáveis.

O HTLV é uma infecção crônica capaz de acarretar limitações no cotidiano das pessoas que são acometidas por esse vírus, e que, por sua vez, pode demandar atenção relativa ao cuidado de si e à necessidade de procura pelos serviços de saúde, mesmo por quem se encontra assintomático/a, além de implicar mudança na qualidade de vida das pessoas que apresentam alguma sintomatologia associada à infecção.

Nesse contexto, a ênfase dada à **fidelidade** talvez atribua sentidos quanto à necessidade de cuidado, no âmbito privado, onde se espera que as mulheres desempenhem o papel de responsabilidade sobre seu companheiro e família. A construção social embasada no modelo patriarcal atribui às mulheres a condição de submissão aos seus maridos, a quem, segundo Paula (2008), elas devem manter fidelidade no relacionamento afetivo-sexual e, por conseguinte, atribuem a essas mulheres o papel de servir a seus maridos e filhos.

As mulheres soropositivas para o HTLV sem parceria significam a **vivência da sexualidade** na **convivência** do casal. A variável de opinião **convivência**, associada ao estímulo 2 (convivência2), evidenciou 13,7% da frequência relativa das evocações apenas para esse grupo de pertença. Para as mulheres soropositivas para o HTLV sem parceria, a **vivência da sexualidade** também é **viver**. Segundo as respostas das mulheres emitidas durante a aplicação da TALP, e que serviu de base para a construção do dicionário de palavras, o **viver** consiste em “viver bem e intensamente cada momento”.

Paula (2008), ao estudar sobre as representações da sexualidade nas pessoas com ostomia, afirma que a sexualidade é permeada de relações interpessoais e o vínculo com o parceiro, além de ser relevante, constitui um caminho fundamental para a busca do equilíbrio conjugal, sexual e do prazer partilhado.

Corroboramos com a autora, no sentido de que a representação sobre a **vivência da sexualidade**, para as mulheres soropositivas

para o HTLV sem parceria, denota novamente a importância da qualidade do relacionamento afetivo-sexual. Por se tratar de mulheres sem parceria que vivenciam uma doença sexualmente transmissível, de caráter crônico, tal representação pode sugerir o desejo dessas mulheres de encontrar uma parceria que lhes assegure solidez no relacionamento afetivo-sexual, como resultado da aspiração pelo amor romântico e de busca da parceria ideal que compartilhe cumplicidade e compreensão frente ao seu estado de saúde atual.

No que diz respeito ao **HTLV**, no F1-, os homens soropositivos objetivaram que a infecção é **incurável** e, por isso, é preciso ter **cuidado** na relação para não transmitir o vírus, sendo necessárias atitudes voltadas à **prevenção** nos relacionamentos afetivo-sexuais. As variáveis de opinião **incurável**, **cuidado** e **prevenção**, associadas ao estímulo 3 (incurável3, cuidado3 e prevenção3) evidenciaram, respectivamente, 19%, 28,6% e 23,8% da frequência relativa das evocações nesse grupo de pertença. Os homens soropositivos para o HTLV denotam também a **falta de estudo** sobre o **HTLV**, pois, segundo esses sujeitos, é necessário que se investigue mais sobre o vírus para que haja mais divulgação de informações sobre essa doença.

Já as mulheres soropositivas para o HTLV sem parceria representam o **HTLV** como uma doença que acarreta **limitação**, pois, de acordo com as respostas desse grupo, expressas durante a aplicação da TALP, e que serviu de base para a construção do dicionário de palavras, a pessoa acometida por esse vírus pode ficar “paralítica” devido ao “comprometimento neurológico”, tendo que usar “cadeira de rodas”, além da possibilidade de ter que “usar fralda”, devido à “incontinência urinária”.

As doenças associadas ao HTLV impõem limitações que comprometem a qualidade de vida das pessoas acometidas pelo vírus. Apesar de menos de 5% das pessoas soropositivas para o HTLV terem a possibilidade de desenvolver alguma doença, a realidade

vivenciada nos centros de referência para o HTLV confere apreensão, angústia e medo para os portadores assintomáticos, visto que esses sujeitos compartilham o mesmo espaço com aquelas pessoas que desenvolveram PET/MAH ou outra doença ligada a esse vírus.

Por outro lado, esse grupo de pertença objetiva que **não sabe** sobre o **HTLV**, resultado do “desconhecimento” e “ignorância” sobre o vírus. Ou seja, o **HTLV** também é desvelado como algo estranho, possivelmente fruto da baixa circulação de informações no senso comum sobre este agravo, mesmo para pessoas que vivem com o vírus, que as recebem de maneira restrita e apenas por parte dos/as profissionais de saúde.

Um estudo realizado por Teixeira (2009), com mulheres soropositivas para o HTLV, evidenciou que esse vírus foi representado como uma coisa horrível e triste, que ocasiona sofrimento e medo diante dos sintomas apresentados por elas. A condição de soropositividade foi considerada como uma maldição, por tê-las deixado impossibilitadas, com medo de desenvolver outras doenças, sofrer discriminação ou contaminar outras pessoas. A autora salientou ainda que essas mulheres não emitiram palavras associadas às características ou significado da infecção pelo HTLV, apenas evocaram palavras que denotavam sentimentos diante da sintomatologia apresentada e, por isso, afirma que ainda “não existem representações sociais sobre o vírus HTLV, existe apenas, uma germinação, uma incipiente ideia sem a concretude exigida pela objetivação da RS, nem significação que possibilite a ancoragem do saber” (TEIXEIRA, 2009, p. 121).

As pessoas acometidas pelo HTLV relataram, durante os encontros estabelecidos, que alguns/as profissionais não têm o conhecimento científico necessário sobre a patologia, o que, conseqüentemente, compromete o aconselhamento e o acolhimento, principalmente quando a patologia tem embricamento com as questões relativas à sexualidade. De acordo com Paula (2008, p. 103), “Os profissionais de saúde, de modo geral, ainda têm pouco

ou nenhum preparo para lidar com queixas ligadas à sexualidade, e poucos possuem algum tipo de formação em sexologia ou educação sexual". Reis (2004), acrescenta ainda que os/as enfermeiros/as por tratarem os/as pacientes como seres assexuados, dificilmente abordam os aspectos da dimensão sexual, as influências da doença, da terapêutica e do emocional sobre o exercício da sexualidade.

Assim, faz-se necessário que o profissional de saúde seja capaz de fornecer informações detalhadas frente à infecção pelo HTLV, deixando claro que a maioria da população acometida por esse vírus permanecerá assintomática, sem qualquer interferência na qualidade de vida (CATALAN-SOARES; LOUREIRO; PROIETTI, 2006). No entanto, deve-se reforçar a necessidade de acompanhamento regular, mesmo para os casos assintomáticos, e encorajar atitudes frente às práticas sexuais seguras com o uso do preservativo.

Quanto ao estímulo 4 – **sexualidade e HTLV** – os homens soropositivos objetivaram a **preocupação** devido ao risco de transmissão do vírus para a sua parceria sexual. Por outro lado, a **preocupação** pode estar associada também à falta de conhecimento sobre os rumos frente ao estado de saúde após o acometimento da infecção pelo HTLV, pois, de acordo com a caracterização dos sujeitos do estudo, quase 40% dos homens são sintomáticos e apresentam algum tipo de comprometimento no desempenho sexual.

A infecção pelo HTLV tem impacto sobre a sexualidade dos indivíduos, tanto nas pessoas assintomáticas, que convivem com a possibilidade de desenvolvimento de doenças relacionadas ao HTLV, quanto nas pessoas sintomáticas, que já apresentam algum tipo de comprometimento relacionado a esse vírus, o que ocasiona às pessoas soropositivas sofrimentos relacionados aos efeitos psicossociais da infecção.

No caso das pessoas soropositivas para o HTLV que apresentam algum tipo de sintomatologia, a vivência da sexualidade é permeada principalmente pela possibilidade de sofrer algum tipo de preconceito

de sua parceria sexual, devido ao comprometimento do desempenho sexual, em decorrência de sua condição de saúde.

Já o universo semântico das mulheres soropositivas para o HTLV sem parceria revela que a vivência da sexualidade com o HTLV implica no **respeito** entre o casal. Esse grupo de pertença também denota a importância do **cuidado** com a parceria sexual, dando ênfase no “cuidado para não transmitir” o HTLV.

O fato de essas mulheres não terem parceria fixa influencia o aparecimento dessas representações, já que o HTLV é uma infecção que pode ser transmitida sexualmente. Por outro lado, essas mulheres podem aspirar à conquista de um novo relacionamento afetivo-sexual, e por isso destacam a importância do **cuidado** do outro, visto a possibilidade do estabelecimento de um novo vínculo com um parceiro sorodiscordante e a necessidade de preservar a condição de soronegatividade de sua parceria sexual.

A possibilidade de transmissão do HTLV para a parceria sexual está presente durante o relacionamento sexual de casais sorodiscordantes. De acordo com Reis (2004), as práticas sexuais conferem graus variados aos seus praticantes do risco de infecção e transmissão de doenças sexualmente transmissíveis. Para Dalapria e Ximenes Neto (2004), a união entre pessoas com sorologia diferente implica na vivência do risco de contaminação do parceiro saudável, caso não sejam adotados os cuidados necessários, além de se fazer mister um relacionamento permeado de companheirismo, união e dedicação. Acrescentam ainda que a manutenção de uma vida sexual ativa e sem riscos favorece a qualidade de vida dos sujeitos envolvidos no relacionamento afetivo-sexual.

O jogo de atrações e oposições do fator 2 (F2)

Será apresentado, a seguir, a partir da representação gráfica descrita na Figura 1, o jogo de atrações e oposições das representações contidas no eixo F2, relativas às variáveis fixas

condição da doença e conjugalidade. Na parte superior (F2+), encontra-se o campo semântico da representação sobre a vivência da sexualidade evidenciada no senso comum das pessoas soropositivas para o HTLV assintomáticas e com parceria fixa, em oposição à parte inferior das pessoas soropositivas para o HTLV sintomáticas e com parceria ocasional.

Ao analisar o primeiro estímulo – **sexualidade** – pôde-se observar que as pessoas soropositivas para o HTLV assintomáticas e com parceria fixa objetivaram a **sexualidade** na figura do **casal** e da **família**.

Foucault (1988) adotou o conceito de “dispositivos” na tentativa de elucidar como a produção da sexualidade está vinculada aos dispositivos de poder. De acordo com o autor, a sexualidade fez parte de uma técnica de poder centrada, num primeiro momento, na aliança, onde foi estabelecido todo um sistema social de casamento, na institucionalização de parentescos, transmissão de nomes e bens, cabendo a esse dispositivo de aliança a regulação do corpo social.

Ao mesmo tempo, Foucault (1988) chama a atenção de que o sistema de aliança passa, então, para a ordem da sexualidade. O dispositivo da sexualidade não se refere mais à lei, porém ao próprio corpo, à qualidade dos prazeres, à própria sexualidade no seio familiar. O autor acrescenta ainda que o dispositivo de sexualidade, na forma de família, permite a compreensão do espaço familiar como lugar obrigatório dos afetos, dos sentimentos, do amor, sendo também o principal ponto de eclosão da sexualidade.

Para Feres-Carneiro (1998), a competência das famílias depende diretamente da qualidade das relações estabelecidas entre seus membros. O núcleo familiar é o primeiro espaço de relações e interações, trocas de afeto e apoio social. Talvez, por esse motivo, as pessoas soropositivas para o HTLV, assintomáticas e com parceria fixa, denotam importância a essa instituição, visto à necessidade de apoio frente ao seu estado de saúde, além da necessidade de cumplicidade de sua parceria afetivo-sexual.

Inversamente, no F2-, o campo semântico das pessoas soropositivas para o HTLV sintomáticas e com parceria ocasional, enfatiza a **sexualidade** não no grupo familiar, mas no corpo e na relação, como algo **bom**, que dá **prazer** e está ancorada no **sexo**. Para esse grupo de pertença, o exercício da sexualidade implica ter **desejo** pela parceria sexual, sendo importante o **companheirismo** e o **carinho** no relacionamento afetivo-sexual.

Carvalho (2010) identificou, em seu estudo com pessoas que convivem com feridas crônicas, que o sexo foi representado como uma experiência boa e entendido como capaz de melhorar o estado do corpo e da mente, pois o sexo bom, além de relaxar o corpo e a mente, faz com que as pessoas se sintam queridas, desejadas, importantes e vivas. As pessoas enfermas que vivenciaram a experiência positiva do sexo relataram também a melhora da autoconfiança para o enfrentamento de novas relações, melhora da autoestima e autovalorização, no sentido de ser possível buscar e sentir prazer mesmo na presença de uma doença crônica.

A existência de **companheirismo** e **carinho** no relacionamento afetivo-sexual é um fator que imprime qualificação positiva a esse relacionamento, pois “a reciprocidade nas trocas e o interesse mútuo são características necessárias para dar qualidade ao ato sexual, sendo considerados fatores determinantes do prazer e da satisfação” (PAULA, 2008, p. 93).

Quanto ao estímulo 2 (**vivência da sexualidade**), no Fator 2+, as pessoas soropositivas para o HTLV assintomáticas e com parceria fixa enfatizam a necessidade do **respeito** como um fator importante para o sucesso e a qualidade dos relacionamentos afetivo-sexuais. O respeito se baseia na admiração pelas características ou ações da pessoa (HERNANDEZ; OLIVEIRA, 2003), além de ser situado numa experiência que envolve outros aspectos ligados à sexualidade. De acordo com Sternberg (1989), o respeito é um dos elementos da intimidade que está ligado aos sentimentos vivenciados dentro de uma relação que promove o vínculo entre os membros do casal.

Já as pessoas soropositivas para o HTLV sintomáticas e com parceria ocasional, no Fator 2-, ancoram a **vivência da sexualidade** no **sexo**. No entanto, chamam a atenção quanto à necessidade de atitudes voltadas à **prevenção** da infecção pelo HTLV. Pode-se inferir que, por se tratar de um grupo que não possui relacionamento estável com sua parceria, a vivência da sexualidade estaria primeiramente ligada ao ato sexual, além da preocupação na adoção de atitudes preventivas ligadas ao exercício da sexualidade.

Compartilhamos com Paula (2008, p. 34) a sua definição de sexualidade como algo que “envolve a totalidade do ser, não se limitando aos impulsos sexuais, transcendendo a genitalidade e acompanhando o ser humano do nascimento à morte”. No entanto, a representação sobre a sexualidade, apreendida do grupo de pertença das pessoas soropositivas para o HTLV sintomáticas e com parceria ocasional, pode compartilhar com o imaginário social que comumente confunde o conceito de sexualidade com o do sexo propriamente dito. Porém, um não necessariamente precisa vir acompanhado do outro, visto que o sexo é a manifestação física da sexualidade e representa apenas uma das formas de se chegar à satisfação desejada (FAVERO, 2007).

A epidemia do HIV/Aids afetou de forma direta a esfera da sexualidade, ao trazer a ideia de risco às relações sexuais e afetivas entre os/as parceiros/as. Como a infecção pelo HTLV produz o mesmo risco, quanto à forma de transmissão sexual, suscita atitudes relativas à prevenção e fidelidade, pois “a ameaça de infecção pode abalar a segurança e a estabilidade dos relacionamentos, especialmente com relação à solicitação do uso de preservativos” (GONÇALVES *et al.*, 2009, p. 224).

O campo semântico das pessoas soropositivas para o HTLV assintomáticas e com parceria fixa revela o **medo** relacionado à infecção pelo **HTLV**. Pode-se inferir que o **medo** estaria associado às incertezas quanto ao futuro do estado de saúde dessas pessoas,

tendo em vista a possibilidade de desenvolvimento de doenças associadas ao HTLV que acarretariam modificação na qualidade de vida. O **medo** pode sugerir também uma **preocupação** frente à possibilidade de transmissão do vírus para a parceria sexual, e por isso os sujeitos evocam a importância do **cuidado** na relação, com atitudes voltadas à prevenção.

Um estudo realizado por Bastos e Rivemales (2017) permitiu identificar que o dia a dia dos sujeitos acometidos pelo HTLV, antes da descoberta da infecção, era marcado por melhores relações afetivas e sociais, e que o vírus trouxe a vivência do adoecimento como um elemento que se encontra presente, mesmo nas pessoas que não apresentam nenhuma sintomatologia.

Possuir o diagnóstico de infecção pelo HTLV significa conviver com essa realidade até o final da vida. Associada ao HTLV existe a possibilidade do desenvolvimento de doenças que podem vir a causar diversos danos à saúde, além de fatores subjetivos que podem gerar a necessidade de adequações em diversos campos da vida, inclusive na vivência da sexualidade (BASTOS; RIVEMALES, 2017).

O universo semântico das pessoas soropositivas para o HTLV assintomáticas e com parceria fixa (F2+) reforça atitudes ligadas ao **cuidado** e à prevenção da transmissão da infecção pelo vírus. No entanto, embora seja necessária a prevenção do HTLV, deve-se levar em consideração que “o controle do comportamento sexual é muito complexo e difícil, principalmente porque implica em influir em hábitos, representações e atitudes que estão na esfera privada” (PAIVA, 2000, p. 10), e, conseqüentemente, as identidades de gênero que cada sujeito assume no que concerne ao exercício da sexualidade.

Além do sexo seguro, é necessária a realização de uma educação voltada às medidas preventivas para as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), levando-se em conta os padrões das práticas sexuais e dos papéis de gênero vigentes na nossa sociedade. Conforme Paiva (2000), as ações educativas

precisam fazer com que o discurso de práticas sexuais seguras seja desgenitalizado, além de orientar medidas e formas seguras para o exercício da sexualidade.

As pessoas soropositivas para o HTLV sintomáticas e com parceria ocasional representam o **HTLV** como um **vírus** que acarreta **limitação** na vida das pessoas acometidas por ele. Tal dado nos remete à reflexão de que a condição da doença e o aparecimento de sintomatologia impõem dificuldades para o cotidiano desses sujeitos.

Além da Leucemia Linfoma de células T no Adulto (LLTA), o HTLV-I também é causador da PET/MAH, que é uma doença neurológica degenerativa. Diante do exposto, percebe-se que “existem vários indícios de acometimento múltiplo de órgãos, sugerindo um amplo espectro de morbidade ligado ao HTLV-I” (KLEINE NETO, 2007, p. 1). No entanto, para “outras prováveis associações (doenças reumatológicas, pneumonia, disfunções do trato urinário, distúrbios psiquiátricos e aumento de suscetibilidade a doenças infecciosas) necessitam de mais e melhores estudos” (CATALAN-SOARES, LOUREIRO, PROIETTI, 2006, p. 69).

No que se refere à **sexualidade e HTLV**, as pessoas soropositivas para o HTLV assintomáticas e com parceiro fixo expressaram que é imperativo ter **cuidado**. O **cuidado** evocado por esse grupo de pertença está associado ao cuidado de si, e também emite a consciência de evitar e não transmitir o HTLV e, por isso, deve haver **prevenção** para não transmitir a infecção para a parceria sexual.

Teixeira (2009) apresenta, em seu estudo, que as mulheres soropositivas para o HIV evocam o cuidar e a prevenção associada à infecção pelo vírus, pois, assim como o HTLV, o vírus da Aids pode ser transmitido sexualmente de uma pessoa para outra. O cuidado revela também atitudes atreladas à busca pelo tratamento e proteção do parceiro e da família. A prevenção vem acompanhada do uso do preservativo, mesmo sabendo da dificuldade de negociação, pois é preciso **prevenção** para não ter risco de contrair ou transmitir DSTs.

Reis (2004), acrescenta que atitudes preventivas estão arroladas às mudanças no comportamento sexual de casais sorodiscordantes para o HIV, onde a descoberta da soropositividade influenciou o uso frequente do preservativo nos relacionamentos sexuais.

Em contrapartida, para as pessoas soropositivas para o HTLV sintomáticas e com parceria ocasional, não foi evocada nenhuma expressão relacionada à **sexualidade e HTLV**, o que pode denotar uma experiência existente ou situada na zona muda (CARVALHO, 2010), de conteúdo recalcado e fantasmagórico, já que a vivência da sexualidade é algo real e de objetividade concreta para esse grupo de pertença.

Como um dos componentes da RS, a zona muda faz parte da consciência das pessoas, pois é conhecida por elas. No entanto, a zona muda não pode ser expressa porque o indivíduo ou o grupo não quer desnudá-la pública ou explicitamente. De modo fundamental, o conteúdo da zona muda é determinado pela situação social na qual a representação é produzida e é constituída pelos elementos da representação que têm caráter contranormativo.

Nesse sentido, pode-se inferir que, as pessoas soropositivas para o HTLV sintomáticas e com parceria ocasional não quiseram expressar suas representações sobre a **sexualidade e HTLV**, possivelmente devido à tentativa de resguardar o sentido dado ao exercício da sexualidade com o HTLV, resultado de um juízo atribuído ao significado de suas vidas, devido às limitações impostas por esse vírus e à fragilidade do vínculo estabelecido com sua parceria sexual.

Considerações finais

O HTLV não é ancorado de forma diferenciada e específica, pois esse vírus é assimilado ao HIV e interpretado e objetivado como uma DST, o que, por sua vez, demonstra que não existe, de fato, uma representação propriamente do HTLV, já que todas as significações são atribuídas e explicadas como sinônimo de HIV pelas pessoas participantes do estudo.

O material empírico explicita que o HTLV ainda é estranho, pois esse vírus, até então, não foi caracterizado pelo senso comum com especificidade particularizada que o possa diferenciar de outras DSTs, fato que já ocorre nas representações sobre o HIV, que possui compartilhamento coletivo e consistência social. Isso pode ser explicado pelo fato de não existirem informações precisas sobre os índices de manifestação do HTLV, nem configuração como epidemia. A invisibilidade do HTLV é resultado da falta de propaganda e difusão de informações sobre essa infecção na mídia, além das incipientes explicações e apresentações de soluções científicas para esse vírus.

Assim, a apreensão das representações sobre sexualidade para as pessoas acometidas pelo HTLV permitiu, além da compreensão de aspectos relevantes no campo da sexualidade, o levantamento de questões inerentes aos significados que a infecção/adoecimento por esse vírus imprime na vida dos/as soropositivos/as.

Tais resultados apontam para a necessidade de divulgação/informação sobre o HTLV, para o debate sobre a saúde sexual das pessoas e para a sensibilização dos/as profissionais de saúde e da sociedade sobre o quanto é penosa a experiência de soropositividade por uma infecção de transmissão sexual, crônica e incurável, como é o caso do HTLV. Vale ressaltar a inexistência de políticas de saúde voltadas para as pessoas acometidas pelo HTLV, o que dificulta, por outro lado, a organização de uma rede de atendimento e o acesso ao conhecimento relacionado à infecção pelos indivíduos, portadores ou não do vírus, e profissionais de saúde.

Referências

BASTOS, A. Q.; RIVEMALES, M. C. C. Narrativas de homens soropositivos para HTLV acerca da sexualidade. *In*: LIMA, Claudia Feio da Maia; REIS, Anderson; DEMÉTRIO, Fran (org.). **Sexualidade e saúde**: perspectivas para um cuidado ampliado. Rio de Janeiro, 2017. p. 519-531.

CARVALHO, Evanilda S. S. **Viver a sexualidade com o corpo ferido**: representações de mulheres e homens. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, UFBA, Salvador, 2010.

CATALAN-SOARES, Bernadete C.; LOUREIRO, Flávia C. M.; PROIETTI, Anna Bárbara F. C. Aconselhamento do paciente e prevenção da infecção por HTLV. *In*: PROIETTI, Anna Bárbara F. C. (org.). **Cadernos Hemominas - HTLV**. 4 ed. atualizada e aumentada. Belo Horizonte: Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais, 2006. p. 236-242.

COUTINHO, Maria da Penha L. *et al.* **Representações Sociais**: Abordagem Interdisciplinar. João Pessoa: Universitária UFPB, 2003.

DALAPRIA, Tais R.; XIMENES NETO, Francisco R. G. Práticas sexuais e escolhas reprodutivas de casais sorodiferentes para o HIV. **DST J Bras Doenças Sex Transm**, v. 16, n. 4, p. 19-26, 2004.

DE ROSA, Annamaria Silvana. Sur l'usage des associations libres pour l'étude des représentations sociales de la maladie mentale. **Conexions**, v. 1, n. 51, p. 27-50, 1980.

DI GIACOMO, J. **Technique D'analyse de données nominales**. Apontamentos para Métodos de Investigação. Lisboa: ISCTE, 1993.

FAVERO, Cintia. **O que é Sexualidade?** Infoescola, navegando e aprendendo. 2007. Disponível em: <http://www.infoescola.com/sexualidade/o-que-e-sexualidade/>. Acesso em: 7 set. 2012.

FERES-CARNEIRO, Terezinha. Casamento contemporâneo: o difícil convívio da individualidade com a conjugalidade. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721998000200014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 jan. 2013.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J.A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

GAGNON, John H. **Uma interpretação do desejo**: ensaio sobre o estudo da sexualidade. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

GOMES, Romeu. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GONCALVES, Tonantzin R. *et al.* Vida reprodutiva de pessoas vivendo com HIV/AIDS: revisando a literatura. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, ago. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 dez. 2010.

HERNANDEZ, José Augusto E.; OLIVEIRA, Ilka M. B. Os componentes do amor e a satisfação. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 23, n. 1, mar. 2003. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932003000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 jan. 2013.

KLEINE NETO, Walter. **Prevalência e fatores de risco para a infecção pelo HTLV-I/II em grupo de pacientes infectados pelo HIV-1 de duas cidades do Estado de São Paulo, Brasil**. 2007. Dissertação (Mestrado Hematologia) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2007.

LEAL, Andréa F.; KNAUTH, Daniela R. A relação sexual como uma técnica corporal: representações masculinas dos relacionamentos afetivo-sexuais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, jul. 2006. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000700003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 abr. 2010.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. Introducción a el campo de la psicología. *In*: MOSCOVICI, Serge (ed.). **Psicología social**: influencia y cambios de actitudes, individuos y grupos. Barcelona: Paidós, 1985.

MOURA, Maria Eliete B. *et al.* Social representations of hospital infections elaborated by health professionals. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 4, 2008.

PAIVA, Mirian S. **Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para o HIV**. 2000. 170 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2000.

PAULA, Maria Ângela B. **Representações sociais sobre a sexualidade de pessoas estomizadas**: conhecer para transformar. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2008.

QUINTANA, Alberto. M.; MÜLLER, Ana Cláudia. Da saúde à doença: representações sociais sobre a insuficiência renal crônica e o transplante renal. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 24, n. 44, p. 73-80, jan./mar. 2006.

REIS, Renata Karina. **Convivendo com a diferença**: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/ Aids. 2004. 142 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2004.

STERNBERG, Robert J. **El Triángulo del amor**: intimidad, pasión y compromiso. Barcelona: Paidós, 1989.

TEIXEIRA, Marizete A. **Soropositividade de mulheres para os vírus HIV e HTLV**: significados do contágio do leite materno. 2009. 259 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

VILLEMOR-AMARAL, Anna Elisa; PASQUALINI-CASADO, Lilian. A cientificidade das técnicas projetivas em debate. **PsicoUSF**, v. 11, n. 2, p. 185-193, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v11n2/v11n2a07.pdf>. Acesso em: 10 out. 2009.

O modo Guajajara de gestar e parir: ouvindo suas vozes

*Dannielle Pinto Lima
István van Deursen Varga*

Introdução

Em comunidades indígenas, os eventos de parto estão vinculados a um conjunto de fatores culturalmente situados, que envolvem não só suas práticas tradicionais de saúde, mas também sua organização social e outros aspectos de suas culturas, tais como: espiritualidade, cosmologia, história, parentesco, atividades produtivas⁴, relações com a sociedade envolvente (inclusive seus serviços de saúde) e os itinerários terapêuticos, resultantes dessas relações.

Há grandes diferenças sociais e culturais entre os povos indígenas no Brasil, e mesmo entre grupos de uma mesma etnia, que habitam territórios e comunidades diferentes — o que se evidencia, de modo especialmente dramático, nas emergências em saúde (como no contexto da atual pandemia de COVID-19). Cada um desses povos e grupos também mantêm relações específicas com o que denominamos de “ambiente” e com os territórios nos quais estão inseridos, de modo que qualquer discussão sobre saúde de povos e comunidades indígenas precisa levar em consideração sua enorme diversidade social, cultural e territorial⁵.

Segundo dados do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010⁶, a população indígena

4 FERREIRA, L. O. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 01, p. 203-219, Janeiro/março 2013.

5 LUCIANO, G. S. **O Índio Brasileiro**: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília: MEC/SECAD; LACED/Museu Nacional, 2006.

6 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Os indígenas no Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012.

brasileira é estimada em aproximadamente 896,9 mil indígenas, de 305 etnias, falantes de 274 línguas, distribuídas em 505 terras indígenas, dispersas pelo território nacional.

A região Nordeste apresenta a segunda maior população indígena do país, sendo o Maranhão o nono estado brasileiro com a maior quantidade de indígenas. Nesse estado, os *Tenethara/Guajajara* constituem a etnia com o maior contingente populacional⁷.

A população oficialmente identificada como indígena, no Brasil, ainda é considerada parte de um grupo de minorias - os chamados povos tradicionais — que vivenciam situações de exclusão, marginalidade e discriminação que, em última instância, as colocam em posição de maior vulnerabilidade frente a uma série de agravos⁸. Em se tratando das mulheres indígenas, as relações duplamente discriminatórias as conferem ainda maior vulnerabilidade em saúde — o que impõe, à gestão pública das políticas de saúde a elas voltadas, sua adequação aos múltiplos contextos étnicos nos quais elas se inserem⁹.

Apesar da relevância do tema, a maioria das pesquisas encontradas sobre saúde reprodutiva, durante essa pesquisa, restringe-se às infecções sexualmente transmitidas e/ou ao câncer ginecológico, em etnias específicas. As poucas pesquisas que estudam o processo de gestar e parir nas comunidades indígenas foram realizadas em algumas etnias na Amazônia, Pernambuco e São Paulo, o que dificulta a possibilidade de generalização, pois cada comunidade indígena, como vimos, apresenta singularidades neste aspecto¹⁰.

7 COELHO, E. M. B. **Territórios em Confronto. A disputa pela terra indígena entre índios e brancos no Maranhão**. Fortaleza: Tese de doutorado, 1999.

8 COIMBRA e SANTOS, 2000.

9 FERREIRA, L. O. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1151-1159, 2013b.

10 COIMBRA, C. E. A.; GARNELO, L. **Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil**. Porto Velho: Universidade Federal de Rondônia, Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia /Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2003. 26 p.

Zannoni (1999) abordou a mitologia e os rituais referentes a gravidez e ao parto entre os *Tenetebara* no Maranhão, mas sua pesquisa foi realizada há mais de 20 anos, e de maneira sucinta, de modo que não contempla a descrição complexa do processo como um todo, nem a influência das práticas da medicina ocidental no universo da mulher indígena da comunidade estudada.

Os estudos antropológicos disponíveis, além das considerações acima, não são imediatamente operacionalizáveis pelos profissionais atuantes no subsistema de saúde indígena, exigindo um grande esforço de apreensão de seus sentidos e de reflexão sobre formas possíveis de aplicá-los em ações de saúde¹¹.

É importante ressaltar que, segundo a Portaria nº 70, de 20 de janeiro de 2004, do Ministério da Saúde, corroborando o que preveem as determinações da Constituição Federal e das Leis Orgânicas da Saúde, a “Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deve respeitar as culturas e valores de cada etnia, bem como integrar as ações da medicina tradicional com as práticas de saúde adotadas pelas comunidades indígenas”¹².

Desta forma, o conhecimento da diversidade social e cultural no processo de gestar e parir de cada povo e comunidade indígena é imprescindível para a execução de ações e projetos de prevenção/promoção e educação para a saúde, adequados ao contexto local¹³.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com abordagens teóricas etnográficas. investigação foi realizada na comunidade Guajajara

11 COIMBRA, C. E. A.; GARNELO, L. **Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil**. Porto Velho: Universidade Federal de Rondônia, Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia /Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2003. 26 p.

12 BRASIL. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p. (Cadernos HumanizaSUS; v. 4).

13 BRASIL. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

da Terra Indígena Arariboia, na área de abrangência do Polo-Base de Arame, do Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão (DSEI-MA), da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), do Ministério da Saúde. Arame é uma cidade de aproximadamente 31.702 habitantes, localizada a aproximadamente 440 km de São Luís. O Polo-Base de Arame é responsável por aproximadamente 1.309 famílias¹⁴.

Inicialmente foi eleito, como ponto de partida do estudo, a aldeia Nova e o movimento de mulheres indígenas da região. A escolha da aldeia foi motivada pela facilidade de acesso e pelo vínculo criado pela mestrandia no primeiro contato com a comunidade, por ocasião da Conferência Local de Saúde Indígena do polo base de Arame, em junho de 2013. Outro fator decisivo para a escolha do local foram as constantes denúncias desta comunidade em relação ao sistema de saúde atual, principalmente em relação à assistência prestada às indígenas grávidas¹⁵.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, utilizou-se uma amostragem não probabilística intencional, que priorizou os sujeitos que possuíam os atributos que se desejava conhecer. Foram adotados como critérios de inclusão: ser indígena Guajajara da Terra Indígena (TI) Arariboia, na área de abrangência do Polo-Base Arame; consentir em participar da pesquisa; estar ou já ter estado grávida; e/ou ser ou já ter sido parteira; e/ou ser ou já ter sido líder da comunidade; e/ou ter acompanhado o trabalho de parto/parto de indígena na aldeia ou no hospital; e/ou ser voluntária(o) disposta(o) a discorrer sobre o processo.

Considerou-se suficiente o tamanho da amostra, após a verificação de reincidência das informações, quando as mesmas

14 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Os indígenas no Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012.

15 GUAJAJARA, P. Mãe Guajajara morre após parto em Arame e indígenas denunciam precariedade e descaso na saúde: depoimento. **Jornal Vias de Fato**, 2012. Disponível em: <<http://www.viasdefato.jor.br>>. Acesso em: 02/05/2012.

garantiam o máximo de diversificação e abrangência, não desprezando informações singulares.

Os instrumentos de pesquisa adotados foram: observações sistemáticas, direcionadas por um roteiro de observação e registradas em diários de campo; entrevistas semiestruturadas, em conversas informais; registro audiovisual, quando autorizado pela comunidade.

A análise dos dados envolveu a interpretação de significados e de função das ações humanas; assumiu o formato descritivo e interpretativo. As poucas análises quantitativas que foram incluídas adquiriram, nesta pesquisa, um papel acessório e complementar.

Por se tratar de um material vasto, para facilitar a análise dos dados, todas as informações foram agrupadas de acordo com as situações vivenciadas, sendo categorizadas em: gestação, parto, pós-parto. A categoria “parto” foi subdividida em “parto na aldeia” e “parto no hospital”. Isso ocorreu devido o número excessivo de informações que fora obtido.

Esta pesquisa considerou o que dispõe a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo submetida à apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos sob o protocolo de número 866.682.

Diferentemente de estudos desenvolvidos em organizações de saúde e que envolvem seres humanos, as normas para a pesquisa com povos tradicionais indígenas, no Brasil, exigem, além da aprovação no comitê de ética, a anuência da comunidade por intermédio de suas lideranças ou organizações de controle social local e de distrito, e, posteriormente, aprovação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Resultados

Dos 4.139 indígenas dispostos em 97 aldeias, participaram da pesquisa 54, de 23 aldeias, das quais 12 foram visitadas. Nas demais, o contato ocorreu durante os 03 encontros realizados na aldeia que foi

o ponto de partida da pesquisa. Foram analisadas aproximadamente 29 horas de conversas transcritas com 54 indígenas, dos quais 37 foram entrevistados e 17 apenas conversas informais em situações diversas.

Das 9 gestantes que participaram da pesquisa, 3 estavam pela primeira vez e tinham entre 15 e 16 anos. As demais tinham idades que variavam de 20 a 40 anos e estavam entre a segunda e décima segunda gravidez. As 21 parteiras ou aprendizes tinham entre 38 e 98 anos; todas já eram mães e tinham tido entre 4 e 16 filhos.

O processo de gestar e parir começa bem cedo entre os *Guajajara*, logo após a festa do moqueado, um ritual de passagem da menina moça, que ocorre após a primeira menstruação.

*“Quando a menina menstrua pela primeira vez, fica recolhida em casa de “resguardo” na “toca”, por uma semana. Durante este período, ela fica toda pintada de jenipapo e isolada, recebendo apenas visitas restritas e com dieta também restrita. Sai de casa apenas para satisfazer as necessidades fisiológicas e com um pano na cabeça para se proteger do sereno (...). No período do resguardo, quando a menina vai comer, pegam a gordura do animal e passam nela, para que a mesma não passe mal ao comer aquela comida. Passam também algodão queimado no pé pra proteger a menina da cobra [que vira rapaz e vai namorar ela]; depois desse evento uns dois ou três meses, o pai vai atrás da caça para fazer a festa do moqueado. A festa de apresentação da menina moça acontece somente após o pai ter conseguido carne moqueada o suficiente para festa. Enquanto isso, a menina moça não pode comer a caça e fica com restrição alimentar. Este período é como uma preparação para a maternidade, visto que, após a festa, a moça não somente é liberada para comer carne de caça, como também para casar e ter filhos”.*¹⁶

A maioria dos relatos evidenciou a permanência da essência do rito, entretanto, com o passar dos anos, algumas mudanças foram percebidas. Antigamente, a festa acontecia meses depois da menstruação, atualmente, em função da escassez da caça, algumas aldeias se juntam e fazem uma festa coletiva com meninas moças de várias aldeias. Em função disso, a festa pode demorar mais de dois anos pra acontecer, sendo que algumas aldeias nem fazem mais.

Durante os encontros, outras falas também revelavam que a não realização da festa de iniciação parecia também estar relacionada com questões religiosas, visto que muitos eram agora evangélicos, bem como pela falta de apoio logístico da FUNAI.

“É mais tem pastor que diz que não pode cantar que é pecado, que não pode fazer mais festa da nossa cultura que é pecado, tudo é pecado... assim nossa cultura morre” (Cacique da aldeia Sapucaia).

“Teve uma vez que o povo tava dizendo também que não era mais pra cantar mais... pular mais... mas eu não deixo de jeito nenhum... agora mesmo eu tava questionando com eles [se referia à FUNAI] sobre a festa do moqueado... pra conseguirem lá uma assistência lá do carro da alimentação também... pra torrar farinha, mas disseram que não tem recurso, que daqui pra frente vai ter que ser com os outros órgãos agora...” (Cacique da aldeia Jatobá).

Mas, independente, da realização da festa do moqueado a menstruação que ocorre por volta dos 12 anos de idade continua sendo um rito de passagem da menina moça. A maioria das mulheres passa grande parte de suas vidas grávidas, ou no puerpério, concomitantemente com suas atividades domésticas. Em contrapartida, alguns fatos observados durante a pesquisa sugerem que esta realidade pode estar mudando, principalmente entre as mais jovens que referem preferir se dedicar aos estudos antes de engravidar.

Gestação

A gestação foi o período mais difícil para se obter informações diferenciadas que permitissem perceber as especificidades da cultura *Guajajara*, visto que, não foram relatados rituais específicos deste período.

Acredita-se que por ser um momento encarado com tanta naturalidade, não haja tantos cuidados ou práticas diferenciais. Ou, talvez, por eles não perceberem que determinadas atitudes são próprias da gestação, não costumam discorrer sobre elas. Ou ainda, porque as práticas culturais relacionadas a este período tenham sido “diluídas” ao longo do tempo, com a perda das parteiras mais antigas e experientes. Para tanto, o tempo de coleta e de convivência com as gestantes possa ter sido insuficiente para revelar práticas aqui não descritas.

Scopel (2014), em sua pesquisa etnográfica com mulheres *Munduruku*, no Amazonas, afirma que, inicialmente, também sentiu a mesma dificuldade na obtenção de dados específicos sobre a gravidez, mesmo fazendo observação participante. Reforça que, apenas na terceira etapa de sua pesquisa, quando engravidou, foi que conseguiu acessar novas informações em função das orientações que eram dadas a ela no atual contexto a que vivia.

Em geral, a maioria das mulheres *Guajajara* descobre que está grávida apenas pela ausência da menstruação, que geralmente é acompanhada de outros sintomas como o “entojo” (náuseas) e vômitos. Algumas parteiras dizem desconfiar da gravidez mesmo antes de a barriga começar a crescer, através de outros sinais como, por exemplo, o aumento da frequência cardíaca:

“Eu sei assim... eu óio na vista da pessoa e óio nisso aqui assim [apontou para a região do pescoço, entre as clavículas]

porque os pulso dela fica batendo muito ligeiro né?... ai a pessoa ta buchuda... cum dois meses já muda a pulação, né?... cum dois meses a gente vai procurar na barriga da pessoa a gente já acha, né? Quando vai se formando a gente já vê grande...” (Amarílis, parteira da aldeia Pau Brasil).

Não parece haver uma preocupação exata com o tempo da gestação, muito menos uma preocupação com a procura precoce do serviço de saúde. Nem todas as gestantes fazem pré-natal. Umas não o fazem por opção, o que é mais frequente, principalmente, entre as mulheres que já tiveram outros filhos na aldeia, sem complicações. Outras não o fazem ou o fazem de maneira fragmentada, em função da dificuldade de transporte e da falta de alguns exames no polo, principalmente da ultrassonografia. Muitas citaram a dificuldade de comunicação com a base, agravada pelo número reduzido de visitas dos profissionais nas aldeias, o que dificulta a marcação de consultas e exames.

Segundo os relatos, o pré-natal, quando ocorre, restringe-se a medições da barriga, ausculta do bebê e a realização de um ou outro exame. Nenhuma das gestantes mencionou orientações mais específicas sobre a gestação ou preparação para o parto.

Ao serem indagadas sobre o acompanhamento com as parteiras da aldeia durante o pré-natal, foram unânimes em afirmar que somente procuram a parteira se desconfiam que há algo de errado com o bebê.

A maioria das gestantes e das mulheres entrevistadas afirmou não ser necessário nenhum cuidado especial durante a gravidez já que elas continuam exercendo suas atividades normalmente na roça ou com os outros filhos. Algumas poucas citaram certa restrição alimentar, que evitam esforços físicos que possam causar quedas e/ou outros “sustos”, e também que buscam satisfazer o desejo por alimentos, cuja insatisfação poderia acarretar dificuldades na hora do parto.

Parto

Diferentemente da nossa sociedade, em que o parto é um momento associado ao medo, a dor, ao sofrimento e, acima de tudo, um processo para o qual a maioria das mulheres acredita que realmente necessita de auxílio médico, para os *Guajajara* o parto parece ser um momento bem mais simples de ser vivido, mesmo com as dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

É muito comum ouvir relatos de mulheres que pariam sozinhas, principalmente as que não eram “mães de primeira viagem”. Outras pariam com o auxílio da mãe, da sogra, de uma parteira ou do marido que, geralmente, era solicitado para segurar a esposa pelas costas, enquanto ela ficava de cócoras. Nesse processo, o homem amarra uma corda pra puxar e botar força, ou se pendura na rede enquanto fazem força em cima de uma esteira colocada ao chão.

“Eu nunca que fui em negócio de hospital. Tive 4 menino e nunca fui pra hospital! Eu paria era sozinha! Eu merma peguei! Nem o pai também não tava lá, não tinha nem parteira, a parteira fui eu merma! Teve um que eu tava lá dentro do mato aí caiu eu botei logo aqui [apontou para o meio da saia] e sai andando até chegar lá em casa. Agora minhas meninas pari no hospital teve uma que pariu sozinha” (Girassol, parteira da aldeia Jenipapo).

O pajé, que é uma figura muito citada em trabalhos anteriores, porém nessa mesma aldeia que foi realizada esta pesquisa, não foi citado em quase nenhum dos relatos. Alguns poucos afirmaram que antigamente o pajé auxiliava a parteira no momento do parto.

Alguns partos ocorriam na aldeia, outros no hospital. Das 37 mulheres ouvidas na pesquisa, a maioria pariu na aldeia. Do total de 268 partos relatados, 178 foram partos normais que aconteceram na aldeia, enquanto 62 foram partos hospitalares: 51 partos normais e 11 cesarianas. Entretanto, a maioria das índias preferia parir na aldeia.

Constatou-se através dos relatos que os partos das 09 mulheres da pesquisa ocorreram dentro da aldeia, todavia com o passar do tempo os valores inverteram-se radicalmente: dentre as participantes da pesquisa, 14 afirmaram de tido o bebê no hospital, sendo que 10 tiveram parto normal e 4 partos cesariana. Nessa lista, apenas 2 partos ocorreram na aldeia. Dentre todas essas que tinham até 23 anos, apenas 1 afirmou preferir parir na aldeia.

Apesar de o objetivo desta pesquisa não ter sido fazer análises quantitativas sobre o assunto, para se comprovar que o cenário Wrealmente estava mudando, foram analisados os dados dos partos de todas as aldeias de responsabilidade do polo. Dos 133 partos ocorridos no ano de 2014, 90 ocorreram no hospital, desses, 16 via cesariana e 74 normais. Em contrapartida, apenas 43 partos ocorreram na aldeia.

Diante do exposto, observa-se que dos motivos apresentados pelas entrevistadas sobre a opção pelo parto no hospital destacam-se: o medo de complicações, a escassez de parteiras experientes e a dificuldade de comunicação e transporte. Muitos afirmaram também que as gestantes que fazem pré-natal no Polo-Base são orientadas a irem para a maternidade quando começam a sentir “dor de parto”, por ser um local mais seguro, visto que em caso de complicações já estariam lá com todo o suporte necessário.

Parto na aldeia

Quando os partos acontecem na aldeia, o cenário parece se repetir quase sempre. A mulher começa a sentir a “dor de parto” em silêncio, como se fosse um segredo; costumam avisar o marido na madrugada, se ele estiver presente e pedem que eles avisem a outras pessoas, geralmente a mãe ou a avó (que na maioria das vezes ou é parteira ou já tem vasta experiência com partos) e as vezes chamam a sogra.

Apesar de ser um evento essencialmente feminino, em muitos momentos o marido é solicitado para auxiliar a parteira no que for necessário ou para ajudar a mulher a fazer a força, e mantê-la de cócoras apoiada nele ou até mesmo agarrada em seu pescoço. Algumas vezes, foram relatados partos assistidos pelo marido, os quais agiam por causa da ausência de mulheres mais experientes na hora ou em casos de partos que aconteciam rapidamente:

“Ela tava na rede e me pediu pra botar a esteira de palha de baixo da rede, que ela ia se segurar na rede e que ia pegar o menino (...). Quando o menino desceu, ela disse o menino já tá no chão já, agora pega ele... mas antes disso eu levei logo a água (...). Ele não queria chorar, né?... aí ela me pediu assim... banha ele que ele vai chorar! aí eu banhei e ele chorou... Tá ok... mas e agora como é que eu vou fazer?... Não agora vai ter que cortar o imbigo aí!... aí eu cortei o imbigo... não foi com facão nem com a tesoura não! Porque os índios mais velhos tinham um negócio de uma carnajuba... Aí ela pediu... eu cortei o imbigo amarrei com um cordãozinho” (Cacique da aldeia Araucária).

Na fala de algumas delas fica claro que o parto é um grande evento na aldeia e que, por isso, durante o processo, muitos queriam ou auxiliar ou assistir. Isso incomoda algumas grávidas, que parecem ter vergonha e acabam não alarmando e deixam que as coisas aconteçam sem chamar muita atenção, algumas até preferem parir sozinhas.

Quando indagadas sobre a dor no parto, eram unânimes ao responder que “tem que doer”. Algumas afirmaram não terem sentido tanta dor, já outras disseram que sentiram as dores, mas, aqui, a dor é encarada como parte inevitável do processo.

Apesar de não haver restrições quanto à posição de parir na aldeia, parece haver uma preferência entre gestantes e parteiras pelo parto de cócoras. Na maioria das vezes, a mulher ficava de cócoras

em cima da esteira apoiada pelo marido, pendurada em seu pescoço, segurando uma corda ou se apoiando na rede. Uma minoria citou o parto dentro da rede. Na aldeia não teve relato de partos com a mulher deitada.

“Sabe como é Guajajara não tem cama tem que ser de cocar mermo! Em cima da esteira!” (Magnólia, parteira da aldeia Buri).

“Elas têm que parir é de cócoras... deitada não pode porque o menino sobe pra cima, né?... tem delas que pari na rede, mas eu prefiro a mulher descer pro chão que é mais mió que na rede... na rede dá mais trabai” (Amarílis, parteira da aldeia Pau Brasil).

A conduta é expectante, sem a realização de toques vaginais. Por isso, a mulher pode deambular livremente. Ressaltou-se também que apesar de não ser uma proibição, é comum a mulher ficar sem comer durante o trabalho de parto parece não haver muita preocupação com o tempo de duração do parto. Demonstrava-se em suas respostas imensa segurança na fisiologia do processo e no conhecimento das mulheres mais experientes.

“Agora que já mudou foi tudo aí, a gente fica usando apareio pra saber o coração dele... que na época a gente passa é a mão! criança se mexe na barriga da gente, né?... só pegava assim... [simulou pegando na barriga de uma gestante que estava participando da conversa] a gente sente!” (Margarida, parteira da aldeia Pau Brasil).

Quando o nascimento está na iminência de ocorrer, quem estiver com a mulher e for “aparar” a criança, coloca um pano entre os braços e literalmente apenas “apara” a criança, sem a realização de nenhuma grande manobra para isso, só ocorrem intervenções em

casos atípicos, como em partos pélvicos, sendo que, mesmo nestes casos, a maioria parece manter a conduta expectante.

Quando indagados sobre as complicações que já haviam acontecido em partos realizados na aldeia, apenas dois casos foram relatados, por uma mesma mulher que teve 4 filhos assistidos por uma parteira experiente, e outros dois complicados, que foram assistidos por outra pessoa que, segundo ela, não sabia “ajeitar”:

Excetuando-se esses dois casos, não houve outro relato de óbitos fetais de partos ocorridos na aldeia, apenas um óbito materno que teria acontecido havia muitos anos, desta vez em decorrência de um parto com uma mulher que não tinha experiência, mas quis fazer o parto da própria filha. Segundo os informantes, como ela não tinha experiência, equivocou-se ao cortar o umbigo antes da placenta sair, o que levou ao falecimento da gestante.

Parto no hospital

A maioria dos partos hospitalares foi opcional, não por complicações após tentativa de parto na aldeia. Não era raro ouvir relatos de mulheres que chegavam a morar temporariamente em aldeias mais próximas, no último mês de gestação, por terem tido receio de não dar tempo de ir para o hospital ou de entrarem em trabalho de parto na madrugada, momento em que se não houver transporte particular a locomoção é quase impossível, visto que dependem do transporte informal. Desta forma, mesmo os que confiam no trabalho da parteira, por vezes acabam encaminhando logo a gestante para o hospital.

Apesar de todo sacrifício para chegar até o hospital a tempo de parir, alguns relatos apontam certa insegurança quando o parto acontece na maternidade, não apenas pelo contexto, que é totalmente diverso da cultura *Guajajara*, mas também, por alguns relatos de maus tratos e complicações nos partos ocorridos no hospital. Para reafirmar esta situação, nem sempre a gestante poder

ser acompanhada na hora do parto, e muitos afirmam desconhecer ou não compreender algumas intervenções realizadas no hospital.

Em todos os relatos hospitalares, a posição para parir foi a posição de litotomia, que considerada desconfortável, principalmente para aquelas que já haviam parido na aldeia. A maioria delas foi medicada com soro “para aumentar a dor”. Desta forma, são frequentes relatos negativos sobre o parto no hospital.

“Uma vez eu fui lá a parteira pegou o meninozinho que tina acabado de nascer e ela pegou foi assim [mostrou que ela pegou o bebe pelos pés, o deixando de cabeça pra baixo] ai depois agarrou por aqui assim [segurando a criança pelo pescoço com os pés soltos]. Como é que pega uma criança desse jeito?! É por isso que mata o bebezim assim lá no hospital. Eu vi! Teve a filha da menina também que eu fui mais ela... Ela tava sofrendo aí eu fui mais ela. Ai depois que chegou lá aí ela disse assim: ‘Te deita aqui muié!’ [com tom de grosseria]. Aí ela ficou lá com as pernas abertas assim pra cima. Eu vi também! Eu tava oian-do! Ai quando a bebe saiu ela fez do mesmo jeito! Desse jeito mata o bebezim!” (Girassol, parteira da aldeia Jenipapo).

“Uma vez minha sobrinha foi lá buchuda pari lá no hospital e diz que a enfermeira fez foi pôr o joeio na boca do estomago dela pra sair o menino aí dismintiram até a custela dela! aí a sogra dela foi mais ela e deu uma mãozada nela lá” (Magnólia, parteira da aldeia Buriti).

“Lá dentro do hospital tem deles que não tem experiência, a parteira tem experiência, acumpanha! A parteira ajuda, o doutor não, o doutor, a enfermeira deixa a mulher lá com a perna aberta amarrada, desse jeito dói!” (Amarílis, parteira da aldeia Pau Brasil).

Pós-parto

Assim que o bebê nasce, elas esperam a placenta sair espontaneamente, somente depois é que cortam o cordão, sob o risco de hemorragia, caso o façam antes. Depois que a placenta sai o cordão é cortado com tala, geralmente de canajuba, de coco ou taboca, e é amarrado com um pedaço de fio de algodão. O bebê é colocado na rede, enquanto a mãe aguarda sentada, em cima da esteira, o sangramento diminuir. Somente após a diminuição do sangramento é que a mãe se junta ao bebê na rede e vai dar o peito.

“Ai quando nasce, os avós mais velhos que vai ensinar a cortar o umbigo... tem os centímetros aí ... aí corta com taboquim ou carnajubim se não tiver também tem o talho de palha” (Cacique da aldeia Andiroba).

Na maioria das vezes, a placenta sai sozinha, sem a necessidade de nenhuma intervenção, mas em algumas situações foi apontado o uso do “chá da folha de pitomba”, de “casca de jacarandá”, da “folha de quiabo” e de uma planta a qual só sabiam na língua, “apeiuapel”, assim como ações auxiliares, tipo soprar uma garrafa ou fazer massagem na barriga. Algumas respostas inusitadas: por exemplo, palmadas no sacro e o uso do chumbo.

Caso, após a saída da placenta, a mulher sangrasse muito, também foram citados o uso de alguns chás. A maioria delas mencionou o urupê, o jatobá de vaqueiro, chá da folha de algodão, gergelim preto, mastruz e casca de quina.

Também costumam utilizar a quina no pós-parto. Alguns citaram seu uso no período de 4 dias após o parto, período aproximado da queda do umbigo do bebê, outros apenas ao final do resguardo. Neste caso, a quina seria utilizada não apenas para “limpar” o útero, mas também para evitar problemas no estômago ao ingerir determinadas comidas.

A maioria das mulheres afirmou que dificilmente “machuca” o canal de parto, mas caso aconteça, umas nada fazem, outras colocam “remédio do mato”, o único citado foi a casca do cajá e existem aquelas que vão para o hospital.

No bebê é dado banho somente no dia seguinte, e no dia do nascimento fazem apenas uma rápida limpeza, para retirar o excesso de sangue. Uma das parteiras ensinou a técnica de acrescentar alfavaca, limão ou sal na água do primeiro banho da criança, para evitar cólicas no bebê.

Os cuidados com o umbigo são: a limpeza e o uso da semente do cajá. Uma minoria citou também a folha de algodão seca e a “noda” do pé de caju. O umbigo geralmente cai com 3 ou 4 dias, período bem menor que o comumente encontrado, nos casos em que há o uso do álcool 70%, produto recomendado nas maternidades. Apesar da não utilização do álcool, não foi relatado casos de infecção ou complicações em relação ao umbigo do bebê.

Além destes cuidados, no resguardo do parto a mulher e o marido passam por um ritual, no qual colocam o primeiro beiju quente, antes de comer, na cabeça, para não terem muito cabelo branco e na barriga para não terem problemas no estômago ao comerem, no futuro, determinadas comidas “mais pesadas”. Além disso, eles costumam fazer um mingau que é colocado em uma vasilha e em seguida posto encima na barriga para prevenir, também, problemas no estômago. Já no pé colocam macaxeira quente cozida para evitar rachaduras.

A mulher só sai de casa após o período de 5 dias, mas continuam os cuidados do resguardo, que costuma durar de 30 a 40 dias, e contempla restrição física e alimentar, na qual a mãe é proibida de comer coisas “reimosas”. Geralmente a puérpera conta com o apoio da mãe, sogra, ou do próprio marido nos afazeres de casa.

A amamentação foi relatada pela maioria como algo tranquilo, sem maiores complicações. O peito é dado em livre demanda e continua enquanto a mãe tiver leite, algumas amamentam até os sete anos.

Quando a produção de leite não é suficiente utilizam o chá ou suco da semente de melancia batida. Quando o peito empedra, a folha da melancia quente é colocada sobre os seios e feita a ordenha. Uma das parteiras citou o pentear as mamas com as costas de um pente.

Algumas mulheres amamentam grávidas e, após o parto, dão o peito para os dois simultaneamente. Porém, a amamentação em período gestacional pode causar diarreia no bebê mais velho ou a própria criança acabava deixando de mamar, já que o gosto do leite muda. Outras mulheres comentaram que, caso a gestante estivesse amamentando, o ideal era parar a partir do 7º mês, pois aquele leite tirado já era do outro bebê. Desta forma, o ideal era esperar a criança crescer e chegar ao menos aos dois anos, para ter outro filho.

Discussão

Observou-se com esta pesquisa, que houve uma mudança gradual, ao longo dos tempos, em relação aos cuidados tradicionais *Guajajara* durante a gestação, parto e pós-parto de forma que, com o passar dos anos, alguns personagens, rituais, conhecimentos tradicionais, bem como práticas xamânicas e de autoatenção, parecem estar correndo risco de extinção, a exemplo da festa do moqueado e da presença da parteira e do pajé nos partos, juntamente com seus conhecimentos acerca de chás, ervas, manobras obstétricas, partos pélvicos e versão externa. Enquanto outros conhecimentos mais similares às práticas de cuidado da medicina ocidental estão sendo agregados, como a institucionalização do nascimento.

Essas alterações no modo de parir geram percepções díspares entre os diversos integrantes da aldeia. Dentre os fatores mais influentes e que foram apontados nos relatos, além do extenso tempo de convivência com a população “não indígena”, citam também a evangelização da população, a atuação etnocêntrica do sistema de saúde (que atende esta população) e a aparente fragilidade da

atuação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), órgão responsável pela proteção da população indígena.

Sabe-se que, segundo a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas¹⁷, a especificidade cultural desta população confere aos povos indígenas o direito a uma atenção diferenciada, que deve ser garantida por profissionais de saúde. Entretanto, os partos, que há menos de três décadas, majoritariamente, eram realizados da forma mais fisiológica possível (na aldeia, de cócoras, cercado de pessoas da confiança da gestante e de ritos específicos), atualmente ocorrem majoritariamente no hospital, um ambiente alheio à gestante, no qual muitas delas se encontram sozinhas ou com companhia restrita, na posição de litotomia e com utilização de intervenções medicamentosas ou cirúrgicas.

Para tanto, foram evidenciados por esta pesquisa, casos de violência obstétrica e utilização de condutas inadequadas, algumas obsoletas e potencialmente danosas durante a assistência ao parto dentro do ambiente hospitalar. Dentre elas, destacam-se o uso rotineiro da posição de litotomia, o uso intramuscular de ocitócitos, uso da manobra de Kristeler e manobras inadequadas na condução dos partos pélvicos.

Desde 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que a posição verticalizada apresenta mais vantagens do que a posição dorsal durante o parto, causando menos desconforto e dificuldade de puxos, menos dor durante o trabalho de parto, menos traumatismo vaginal ou perineal, melhor perfusão para o bebê, com maiores valores de apgar¹⁸.

17 BRASIL. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2^a. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

18 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Maternidade segura: atenção ao nascimento normal: guia prático**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1996. AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. **FEMINA**, v. 38, n. 11, Nov 2010.

O acocorar-se faz parte dos hábitos diários dos *Guajajara*, e por si só, já é uma preparação para o parto, que quando não sofre interferência externa, geralmente acontece de cócoras, na aldeia. Paciornik (1997) verificou que esta posição exercita a musculatura perineal e adjacente de tal forma que, mesmo ao se tratar de grandes múltiparas, as indígenas apresentam melhor estado genital, com menor ocorrência de incontinência urinária, prolapsos ou rupturas perineais.

Há ainda estudos que defendem o parto de cócoras como o modo intuitivo de dar à luz, recomendando sua prática pela preservação de princípios fisiológicos, como maior diâmetro do canal vaginal, menor compressão de grandes vasos e mais força gravitacional positiva¹⁹, sendo, portanto, uma conduta que faz parte da realidade cultural das mulheres *Guajajara* e deve ser encorajada, mesmo em ambiente hospitalar.

Já a ocitocina que por vezes pode ser necessária durante o trabalho de parto, deve ser utilizada com cautela, em função dos riscos. Para a indução ou a potencialização do trabalho de parto, segundo sua própria bula da medicação, deve ser utilizada somente por via endovenosa, com controle de gotejamento e jamais intramuscularmente, devido os riscos fetais e maternos associados ao risco de hiperestimulação, que pode ser perigosa para o feto e aumentar a incidência de ruptura uterina²⁰.

Em relação à manobra de Kristeller, não existe evidência da utilidade desse procedimento que, além de aumentar o desconforto materno, pode causar danos à gestante, como fratura de costela, descolamento prematuro de placenta, ruptura ou inversão uterina,

19 SABATINO, 2010.

20 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Maternidade segura**: atenção ao nascimento normal: guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1996. AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. **FEMINA**, v. 38, n. 11, Nov 2010.

aumento do risco de lacerações de terceiro e quarto grau da vagina e do períneo e/ou danos ao bebê, como aumento da probabilidade de complicações associadas à distócia de ombros, fratura da clavícula e trauma encefálico²¹.

Vale ressaltar que, de acordo com as Portarias n.º 569/2000 (que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento), n.º 1.067/2005 (que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal) e a n.º 1.459/2011 (que institui a Rede Cegonha), toda mulher tem o direito ao nascimento seguro e à assistência humanizada no momento do parto. Devendo, portanto, receber cuidados com mínima interferência por parte da equipe de saúde, com uso de condutas baseadas em evidências científicas, utilização dos métodos menos invasivos e mais naturais e a acompanhante de livre escolha da parturiente.

Da mesma forma deve ser respeitada a escolha da mulher sobre o local e a posição do parto respeitando a diversidade cultural, étnica e racial dessas mulheres. Significa dizer que, o parto domiciliar indígena deve se inserir na trama da rede de assistência obstétrica com acesso e qualidade, conforme preconiza a Rede Cegonha, em implementação nas diferentes regiões de saúde do País²².

Entretanto, foi evidenciado, nesta pesquisa, por meio das falas dos entrevistados, que os profissionais desencorajaram os partos na aldeia, ao invés de proporcionarem suporte necessário para perpetuar com segurança seus costumes e crenças.

De acordo com as diretrizes da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)²³, dentre os tantos outros instrumentos para proporcionar

21 BRASIL. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

VERHEIJEN, E. C.; RAVEN, J. H.; HOFMEYR, G. J. Fundal pressure during the second stage of labour. **Cochrane Database Syst Rev**, 2009.

22 BRASIL. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p. (Cadernos HumanizaSUS; v. 4).

23 órgão antecessor da SESAI, na gestão da política nacional de atenção à saúde indígena.

suporte de saúde nas aldeias e minimizar os efeitos adversos da distância e dificuldade de comunicação, está a construção de postos de saúde indígenas nas aldeias. Sendo que o Posto de Saúde tipo II poderá possuir uma infraestrutura física capaz de alojar o auxiliar de enfermagem e a equipe multidisciplinar, e prevê dentre outros: a execução do acompanhamento do desenvolvimento infantil e de gestantes, primeiros socorros, comunicação via rádio, e garantia de transporte²⁴.

Entretanto, por todos os relatos aqui apresentados, observa-se que não está sendo disponibilizado nas aldeias nenhum suporte para a perpetuação segura do parto ocorrido nessas localidades. Percebe-se, também, um completo descaso e desrespeito às práticas culturais desta população, uma relação hierárquica e etnocêntrica existente entre o saber biomédico e o saber tradicional, assim como falta de preparo do Subsistema de Saúde Indígena para atuar neste contexto sociocultural diferenciado.

É certo que não é possível e nem é o objetivo desta pesquisa culpabilizar ninguém pela situação atual desta população, entretanto, os dados aqui apontados somados aos óbitos afirmados pelos próprios indígenas, merecem melhor investigação. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, não há aqui dados suficientes para comprovar a elevada taxa de mortalidade materna e neonatal nesta população, todavia, os relatos apontam que o hospital, teoricamente um espaço que deveria ser seguro para as mulheres terem seus filhos, é justamente o local onde os óbitos maternos e neonatais, assim como as complicações, são mais frequentes.

Isso tudo requer a necessidade de maior investigação acerca do tema, visto que, além de ser considerada como melhor indicador da saúde da população feminina, a mortalidade materna reflete

24 FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Diretrizes para projetos físicos de estabelecimentos de saúde, água, esgotamento sanitário e melhorias sanitárias em áreas indígenas.** Brasília: [s.n.], 2002.

a qualidade da assistência prestada durante o pré-natal, parto e puerpério, é considerado um dos mais sensíveis indicadores de pobreza e de iniquidade social, já que se refere às mortes precoces, evitáveis, e que em sua quase totalidade atinge as mulheres que têm menor acesso aos bens sociais²⁵.

Da mesma forma, sabe-se que os óbitos maternos e infantis ocorridos no país podem ser evitados, podendo ser prevenidos com a melhoria da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, assegurando o acesso da gestante e do recém-nascido, em tempo oportuno, a serviços de qualidade²⁶.

O pré-natal foi outro serviço que, pelos relatos, está sendo ofertado de maneira precária, visto que uma parte das entrevistadas afirmou não estar realizando o acompanhamento durante a gestação e as que estavam disseram faltar exames e que as consultas não são frequentes.

O número restrito de visitas dos profissionais do Polo-Base às aldeias parece ser um dos maiores fatores que dificulta a realização deste acompanhamento nos dois grupos acima delimitados, visto que a distância das aldeias até seu Polo-Base de referência impossibilita a ida destas gestantes até a cidade. Também foi apontada como empecilho a limitação na oferta de exames de sangue e de imagem pelo Polo, o que se torna um fator preocupante, pois, apesar de o parto ser considerado um processo fisiológico, sabe-se que eventualmente existem gestações de risco, as quais vão demandar cuidados específicos para garantir a segurança da mãe e do bebê²⁷.

Além disso, o pré-natal pode ser um espaço privilegiado para que os profissionais de saúde atuem conjuntamente e concatenados com

25 VIANA, R. D. C.; NOVAES, M. R. C. G.; CALDERON, I. **Mortalidade materna**: uma abordagem atualizada. Com. Ciências Saúde, 2011.

26 SANTOS NETO, E. T. D.; ALVES, K. C. G.; ZORZAL, M. A. L. R. D. C. D. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde soc.**, v. 17, n. 2, 200

27 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Maternidade segura**: atenção ao nascimento normal: guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1996.

o cuidado tradicional indígena, sobretudo por possibilitar um diálogo com competência cultural para atingir o cuidado transcultural²⁸.

Da mesma forma, as visitas frequentes às aldeias poderiam se tornar uma oportunidade de aproximação com os diversos atores deste processo, assim como dos rituais, conhecimentos tradicionais e práticas xamânicas e de autoatenção utilizados por eles, a fim de buscar uma atenção isenta de preconceitos e que, verdadeiramente, garanta a preservação dessas práticas milenares.

Apesar de não ser o objetivo da pesquisa, não se pode deixar de assinalar que, nos dados fornecidos pelo Polo-Base de Arame, referentes à saúde indígena daquela população nos anos de 2013 e 2014, observou-se ausência de registros importantes. A maioria das mulheres entrevistadas não estava cadastrada como gestante nesse banco de dados, e alguns nascimentos ocorridos nestes anos, que foram registrados na pesquisa, também não estavam contabilizados, assim como os óbitos apontados pelos indígenas entrevistados.

Sousa (2007) afirma que a subnotificação da morbidade em geral é decorrente da descontinuidade da assistência nas aldeias, tornando-se praticamente impossível resgatar essa informação nos períodos de ausência das equipes das áreas indígenas; reforça que a não permanência dessas equipes em área também ocasiona uma demora no envio dos dados para as demais instâncias, e conclui dizendo que:

Se o modelo de gestão e organização de serviços preconizados para os DSEI vier a ser cumprido de fato, permitirá um monitoramento das condições de saúde nas comunidades indígenas, desde que feitos ajustes estruturais no sistema. O modelo, pautado na atenção primária, com equipes permanentemente em áreas e subsidiado com

28 FERREIRA, L. O. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1151-1159, 2013b.

um sistema de informação adequado, diminuiria a subnotificação de nascimentos, doenças e óbitos.²⁹

Considerações finais

Concluimos que o processo de gestar e parir entre os *Guajajara* envolve práticas socioculturais e de cuidados tradicionais singulares, que estão intimamente relacionadas às características socioculturais desta população e ao ambiente no qual estão inseridos.

A mulher *Guajajara* é culturalmente preparada, não apenas para ser mãe, mas também para passar boa parte de sua vida adulta dentro deste processo de gestar e parir. A festa do moqueado, ritual de passagem de menina para moça, que ocorre após a primeira menstruação quando a maioria tem por volta de 13 anos, marca o início deste processo.

Durante a gravidez, não foram relatados cuidados ou preparos específicos, a maioria das gestantes continuam, durante a gestação, exercendo normalmente suas atividades domésticas, apenas com algumas restrições alimentares e limitações de esforços físicos que possam vir a causar quedas e consequentes perdas ou danos ao bebê.

Entretanto, só o fato de permanecerem acoradas durante a maior parte do dia, por si só, já pode ser considerado um preparo para o parto, visto que a maioria, quando pare na aldeia, o faz de cócoras. Ainda neste período, apesar de não parecer ser rotina o acompanhamento com parteiras durante a gravidez, ocasionalmente elas são solicitadas para avaliarem o bem estar do bebê.

Os partos que, há menos de três décadas, em sua maioria, eram realizados na aldeia, com o auxílio de mulheres mais experientes dentro da “família extensa”, geralmente avó, mãe ou

29 SOUSA, M. D. C. D.; SCATENA, J. H. G.; SANTOS, R. V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Cad. Saúde Pública**, 2007.

sogra, sejam elas parteiras ou não, e com a presença do marido que auxilia a mulher a ficar de cócoras, a fazer a força ou dar suporte necessário para quem estiver auxiliando no parto, atualmente, ocorrem majoritariamente no hospital, com a gestante sozinha ou com companhia restrita, em posição de litotomia e com utilização de intervenções medicamentosas ou cirúrgicas.

No pós-parto é vivenciada uma série de restrições alimentares e físicas durante os 30 a 40 dias de resguardo. A amamentação costuma ser relatada como um período sem complicações, em livre demanda e continua enquanto a mãe tiver leite, algumas amamentam até os sete anos. Nota-se também que a maioria das mulheres aguarda seus filhos tornarem-se mais independentes, por volta dos 2 anos, para ter outros filhos.

Os *Guajajara* demonstraram utilizar e dispor de recursos terapêuticos de suas próprias tradições, específicos deste período gravídico puerperal, a exemplo de manobras e técnicas obstétricas específicas e o domínio no uso de ervas e chás utilizados para prevenir e tratar eventuais problemas advindos deste período.

Os dados desta pesquisa evidenciam uma mudança no processo de gestar e parir *Guajajara*, com agregação gradual das práticas ocidentais de atenção ao parto, em detrimento das práticas tradicionais, entretanto, mesmo se utilizando dos conhecimentos da biomedicina, em algum momento do período gravídico puerperal, a maioria dos *Guajajara* demonstra conseguir articular seus saberes tradicionais com o biomédico.

Dentre os fatores que aparentam mais influenciam na mudança ocorrida no processo de gestar e parir *Guajajajara* ao longo do tempo, estão o extenso tempo de convivência com a população “não indígena”, a evangelização da população, a atuação etnocêntrica do sistema de saúde e a aparente fragilidade da atuação da FUNAI.

Se, por um lado, a inclusão de novos recursos terapêuticos no parto trouxe possíveis benefícios, como a capacidade resolutiva e a busca pela minimização de riscos à saúde, por outro, gerou novos

riscos e danos, como a medicalização do parto, a dependência excessiva com relação a alguns recursos, e até mesmo óbitos de mães e bebês aparentemente injustificados.

Conclui-se que, há urgente necessidade de se rever a assistência prestada a esta população durante o período gravídico-puerperal, para que o DSEI-MA lhe preste um serviço seguro, de qualidade, que considere os aspectos socioculturais e todos atores envolvidos, de modo que seus saberes possam harmonicamente ser utilizados para a oferta de serviços de saúde dignos.

Referências

AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. **FEMINA**, v. 38, n. 11, nov 2010.

ATHIAS, R. Corpo, fertilidade e reprodução entre os Pankararu: perspectivas e alcances. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p. 189-209.

BRASIL. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL. **PORTARIA Nº 70/GM Em 20 de janeiro de 2004**. Brasília: [s.n.], 2004.

BRASIL. **PORTARIA Nº 1.583, DE 19 DE JULHO DE 2012**. [S.l.]: [s.n.], 2012c.

BRASIL. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p. (Cadernos HumanizaSUS; v. 4).

COELHO, E. M. B. **Territórios em Confronto. A disputa pela terra indígena entre índios e brancos no Maranhão.** Fortaleza: Tese de doutorado, 1999.

COIMBRA, C. E. A.; GARNELO, L. **Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil.** Porto Velho: Universidade Federal de Rondônia, Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2003. 26 p.

COIMBRA, C. E. A.; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 125-132, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Os indígenas no Censo Demográfico 2010.** Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012.

FERREIRA, L. O. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 01, p. 203-219, Janeiro/março 2013a.

FERREIRA, L. O. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1151-1159, 2013b.

FERREIRA, L. O.; OSÓRIO, P. S. **Medicina Tradicional Indígena em Contextos – Anais da I Reunião de Monitoramento.** 1. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde (Funasa), 2007. 185 p.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Diretrizes para projetos físicos de estabelecimentos de saúde, água, esgotamento sanitário e melhorias sanitárias em áreas indígenas.** Brasília: [s.n.], 2002.

GUAJAJARA, P. Mãe Guajajara morre após parto em Arame e indígenas denunciam precariedade e descaso na saúde: depoimento. **Jornal Vias de Fato**, 2012. Disponível em: <http://www.viasdefato.jor.br>. Acesso em: 02/05/2012.

GIBERTI, A. C. **Nascendo, Encantando e Cuidando – uma etnografia do Processo de Nascimento nos Pankararu de Pernambuco**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2013.

LUCIANO, G. S. **O Índio Brasileiro**: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília: MEC/SECAD; LACED/Museu Nacional, 2006.

MACÊDO, U. **A dona do corpo**: um olhar sobre a reprodução entre os Tupinambá da Serra-BA. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2007.

MENEZES, M. D. O. **Gestar e parir em terra de juruaá**: a experiência de mulheres Guarani-Mbyá na cidade de São Paulo. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2012.

MOLITERNO, A. C. M.; BORGHI, A. C.; ORLANDI, L. H. DE S. F.; et al. Processo de gestar e parir entre as mulheres Kaingang. **Texto & Contexto – Enfermagem**, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Maternidade segura**: atenção ao nascimento normal: guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1996.

PACIORNIK, M. **Aprenda a nascer e viver com os índios**: parto de cócoras, desempenho sexual e ginástica indígena. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1997.

SABATINO, H. Análise crítica dos benefícios do parto normal em distintas posições. **Rev Tempus Actas Saúde**, v. 4, n. 4, p. 143-148, 2010.

SANTOS NETO, E. T. D.; ALVES, K. C. G.; ZORZAL, M. A. L. R. D. C. D. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde soc.**, 2008.

SCOPEL, R. P. D. **A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto**: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

SILVA, L. S. D. **Práticas e cuidados em saúde reprodutiva de mulheres da etnia Kambiwá**. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2014.

SOUSA, M. D. C. D.; SCATENA, J. H. G.; SANTOS, R. V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Cad. Saúde Pública**, 2007.

SOUZA, J. **Mulheres Pataxó Hã-hã-hãe**: gênero, sexualidade e reprodução. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2002.

VERHEIJEN, E. C.; RAVEN, J. H.; HOFMEYR, G. J. Fundal pressure during the second stage of labour. **Cochrane Database Syst Rev**, 2009.

VIANA, R. D. C.; NOVAES, M. R. C. G.; CALDERON, I. **Mortalidade materna**: uma abordagem atualizada. Com. Ciências Saúde, 2011.

WAKANÃ, G. S.; GIL, L. P. Caracterização dos Sistemas de Parto: resultados da primeira etapa. In: FERREIRA, L. O.; OSORIO, P. S. **Medicina tradicional indígena em contextos**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2007.

ZANNONI, C. **Conflito e coesão**: o dinamismo *Tenetehara*. Brasília: Conselho Indigenista Missionário, 1999.

Avaliação do manejo integral das ISTs pelas equipes de saúde do DSEI-BA

*Deysianne Gouveia Gomes
Maria da Conceição Costa Rivemales*

Introdução

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) são um problema de saúde pública de grande relevância. De acordo com o Boletim Epidemiológico de HIV e AIDS, divulgado no final do ano passado, a epidemia no Brasil está estabilizada, com taxa de detecção de casos de AIDS em torno de 18,3 a cada 100 mil habitantes, em 2017. Isso representa 40,9 mil casos novos, em média, nos últimos cinco anos (BRASIL, 2019). O Brasil apresenta como prevenção combinada a distribuição de preservativos masculinos e femininos, gel lubrificante, ações educativas e ampliação da busca ativa por meio de testagem rápida, profilaxia pós-exposição e profilaxia pré-exposição.

A sociedade brasileira é bastante diversificada em seu contexto multicultural, em meio a isso é possível perceber o desafio de elucidar toda essa população em relação à importância da prevenção das ISTs, entre outros agravos. Em se tratando da cultura indígena em nosso país, a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) informa que o Censo Demográfico, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, revelou que das 896 mil pessoas que se declaravam ou se consideravam indígenas, 572 mil (63,8%) viviam na área rural e 517 mil (57,5%) moravam em Terras Indígenas oficialmente reconhecidas.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com a Constituição

Federal, que reconhecem as especificidades étnicas e culturais e os direitos territoriais dos povos indígenas (BRASIL, 2002).

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) é responsável por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como missão implementar um novo modelo de gestão e de atenção no âmbito da saúde indígena articulado com o SUS (SasiSUS), descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e responsabilidade sanitária dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI, divididos estrategicamente por critérios territoriais, e não necessariamente por estados (SESAI, 2019). Entre as atribuições da SESAI, destacam-se: desenvolvimento de ações de atenção integral à saúde indígena, educação em saúde, realização de ações de saneamento e edificações de saúde indígena.

No contexto da cultura indígena, a harmonia entre a medicina ocidental e tradicional é um desafio diário para todos os sujeitos envolvidos, tanto para a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) quanto para os cuidadores tradicionais e usuários do sistema, pois é através da interculturalidade e dos saberes tradicionais que as ações de saúde se estabelecem. Os conceitos de saúde, doença e corpo para as culturas indígenas têm predominantemente um sentido particular, onde se fazem necessários o entendimento e o respeito para que a assistência à saúde, a promoção e a prevenção aconteçam.

O DESEI da Bahia é composto por dez Polos-Base, são eles: Euclides da Cunha, Ribeira do Pombal, Paulo Afonso, Juazeiro, Ibotirama, Pau Brasil, Ilhéus, Porto Seguro, Itamaraju e um Polo-Base Administrativo em Feira de Santana. Esses locais são a primeira referência para as EMSI que atuam nas aldeias.

O DSEI-BA, por meio de parceria com a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia/ SESAB, promoveu no ano de 2018 uma atualização

para trabalhadores com Ensino Superior da EMSI e da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), tendo como tema “Manejo Integral das ISTs HIV/AIDS e Hepatites Virais B e C / Prática Para Testagens Rápidas da Sífilis, HIV Hepatites Virais B e C e Controle das ISTs HIV/AIDS e Hepatites Virais B e C nas Comunidades Indígenas do DSEI Bahia”. O objetivo geral foi de atualizar/capacitar profissionais da assistência que atuam nas EMSI do DSEI Bahia, quanto à ampliação de Testes Rápidos e Manejo Clínico de ISTs. Enquanto que os objetivos específicos foram: Qualificar os/as profissionais no manejo clínico através do Protocolo Clínico de ISTs HIV/AIDS, Hepatites Virais B e C e testagem rápida de sífilis, HIV e Hepatites Virais B e C nas Unidades Básicas de Saúde Indígenas e comunidades que não possuem UBSI; Reforçar o compromisso dos/as profissionais na prevenção, detecção precoce e tratamento das ISTs HIV/AIDS e Hepatites Virais B e C; Garantir que as EMSI se atentem para a realização de busca ativa de comunicantes, contatos dos/as pacientes diagnosticados e parceiros; e Melhorar a qualidade da atenção à saúde das pessoas com ISTs HIV/HV.

Em virtude da importância de se realizar a intervenção em saúde, o monitoramento e a avaliação dos indicadores do Programa de Saúde Sexual, foi mostrada a necessidade de se ampliar a busca ativa de casos por meio da testagem rápida, além de realizar a educação em saúde e a oferta de insumos como forma de prevenção (preservativos femininos e masculinos e gel lubrificante) para essas populações.

Assim, o presente capítulo visa propor um Modelo Lógico de avaliação da intervenção em saúde realizada pelo Distrito Sanitário Especial Indígena em 2018, por meio da capacitação para os/as profissionais com nível superior que compõem a EMSI “Manejo Integral das ISTs HIV/AIDS e Hepatites Virais B e C / Prática Para Testagens Rápidas da Sífilis, HIV Hepatites Virais B e C e Controle das ISTs HIV/AIDS e Hepatites Virais B e C nas Comunidades Indígenas do DSEI Bahia”.

Estratégias metodológicas

Trata-se de um estudo de pesquisa avaliativa do tipo avaliabilidade da Capacitação em “Manejo Integral das ISTs HIV/AIDS e Hepatites Virais B e C / Prática Para Testagens Rápidas da Sífilis, HIV Hepatites Virais B e C e Controle das ISTs HIV/AIDS e Hepatites Virais B e C nas Comunidades Indígenas do DSEI Bahia”, em 2018. A avaliabilidade é um processo de avaliação preliminar e sistemática de um programa, em seu campo teórico e em sua prática, como forma de demonstrar se existe necessidade de ajustes nos seus componentes e identificar pontos a serem verificados durante a avaliação mais extensa do mesmo (HARTZ, 1999; GUERRERO, 2010).

Foi realizada uma pesquisa de artigos no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e no Google Acadêmico para a construção da matriz de revisão de literatura. Pode-se observar poucas publicações relacionadas ao tema, a maioria de análises relacionadas aos povos indígenas da Amazônia. Utilizou-se também o relatório da capacitação da área técnica do Programa de Saúde Sexual do DSEI-BA, assim como planilhas de monitoramento dos indicadores do Programa. Foi construído um Modelo Lógico, com a finalidade de mostrar, de forma visual, uma sequência de recursos necessários, as atividades e os efeitos que a intervenção pretendeu alcançar.

O Modelo Lógico construído reúne de forma sequencial ações e atividades e seus resultados previstos. Nesse sentido, descreve de que forma as ações deveriam acontecer e quais resultados poderiam ser esperados. A capacitação realizada pelo Programa de Saúde Sexual, em parceria com a SESAB, enquanto intervenção, teve como objetivo qualificar os/as profissionais no manejo clínico, através do Protocolo Clínico de ISTs/HIV/AIDS, Hepatites Virais B e C e testagem rápida de sífilis, HIV e Hepatites Virais B e C nas Unidades Básicas de Saúde Indígenas e comunidades que não possuem UBSI.

Para participar da capacitação foi solicitado que os/as profissionais com nível superior das EMSI realizassem o curso via Educação à Distância (EAD), na plataforma Telelab, sobre o Diagnóstico da Sífilis, HIV, HB, HC e realização de teste rápido. Após ter participado da capacitação, o/a profissional estaria apto/a para realizar o teste rápido para diagnóstico das ISTs e o tratamento, assim como ampliar a busca ativa e intensificar as ações de saúde, com educação em saúde para as comunidades indígenas. Para a construção do Modelo Lógico foi utilizada a técnica de análise documental, sendo dessa forma utilizado o relatório do Projeto de Capacitação.

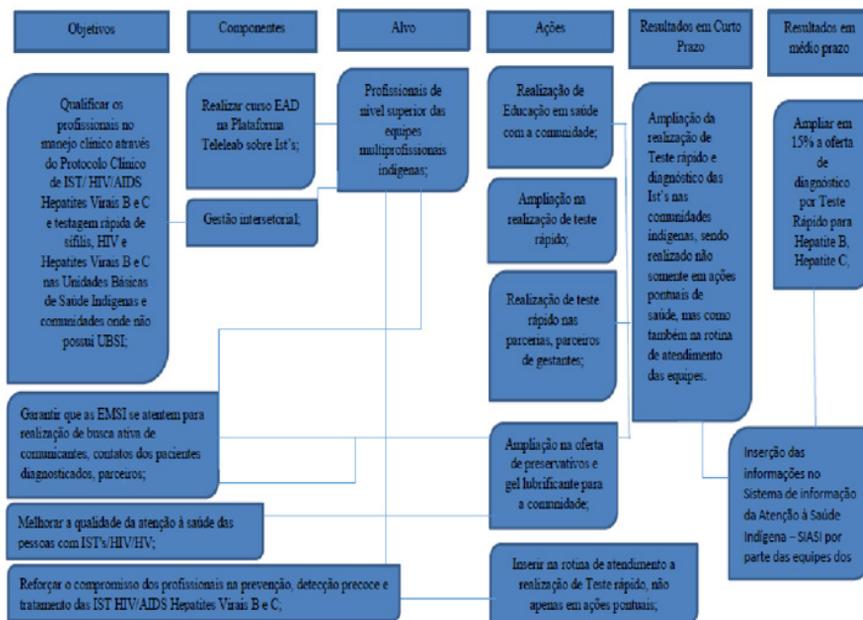
O procedimento de análise dos dados foi qualitativo, com a utilização de análises da avaliabilidade, onde as fontes de informações incluem a literatura publicada, anteriores avaliações de intervenções semelhantes, documentos de políticas ou de programas específicos e utilização do SIASI.

O estudo realizado cumpriu os aspectos éticos da pesquisa, conforme as normativas que regulamentam a Ética em Pesquisa no Brasil, instituídas pelo Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que devem ser observadas, assim como as orientações da Nota Técnica nº 2/2018-DIASI/CGAPSI/DASI/SESAI/MS. Como não envolveu a participação de seres humanos, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados e discussão

Modelo teórico-lógico avaliativo

Figura 1 – Qualificação dos/as profissionais. Salvador, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa.

É fundamental a contínua qualificação das informações epidemiológicas, visando conhecer a magnitude e medir a tendência dos agravos para o planejamento de ações de vigilância, prevenção e controle. O sistema de saúde precisa estar preparado para implementar estratégias preventivas e de intervenção terapêutica imediata, garantindo a disponibilização de insumos, além da confidencialidade e da não discriminação (BRASIL, 2019). Dessa forma, a atuação dos/as profissionais capacitados/as para o manejo das ISTs nos Territórios Indígenas possibilita uma maior amplitude no desenvolvimento de ações de saúde, na realização de testes rápidos, na busca ativa e oferta de preservativos e gel lubrificantes como

forma de redução do risco, de modo a respeitar suas especificidades culturais, de acordo com cada etnia atendida.

A qualificação dos/as profissionais no manejo clínico, através do Protocolo Clínico de ISTs HIV/AIDS, Hepatites Virais B e C e testagem rápida de sífilis, HIV e Hepatites Virais B e C, em 2018, contribuiu para o processo de trabalho nas UBSIs e comunidades que não têm essas unidades.

Em visita técnica aos Polos-Base, e comparando a atuação dos/as profissionais entre os anos de 2018 e 2019, pode-se observar com potencialidade a ampliação na realização de testes rápidos, assim como a realização de testes rápidos durante a rotina do serviço. Em relação ao número de testes rápidos para sífilis, HIV e hepatites virais, realizados entre 2017 e julho de 2020, é possível observar, através do monitoramento das Planilhas do Programa Saúde Sexual do DSEI-BA, que houve um aumento no número de testes rápidos realizados na população sexualmente ativa (10-69 anos), sendo em 2017 (1.454), 2018 (14.437) e até julho de 2020 o quantitativo de 6.881 testes realizados (Planilhas DSEI-BA, 2019).

Antes de ser capacitada, boa parte dos/as profissionais utilizava os testes rápidos por meio de ações de saúde, sendo de forma esporádica, ou apenas para as gestantes. Essa realidade vem sendo melhorada a cada período, pois já se faz presente na rotina do serviço das equipes. O próximo desafio será formular estratégias para que as parcerias possam ser testadas e aprimorar a prevenção combinada. Os parceiros das gestantes, por sua vez, no período de horário das consultas, geralmente estão em seus trabalhos, o que dificulta a presença no acompanhamento do pré-natal. Em relação à realização do teste rápido, os/as profissionais são orientados/as a acessarem a plataforma Telelab, realizar o curso EAD e emitir o certificado de conclusão de curso, e posteriormente realizar a parte prática, junto aos/às profissionais já capacitados/as.

O SIASI é composto de dados primários, vindos da atenção primária à saúde prestada pelas EMSI no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), gerenciado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019). Um dos desafios para o Distrito Sanitário Especial Indígena é poder fazer uso apenas das informações inseridas no sistema SIASI, e não mais através de planilhas de monitoramento. Nessa perspectiva, poderemos ter apenas uma fonte de informação para a análise epidemiológica.

Um novo capítulo, contemplando a abordagem à pessoa com vida sexual ativa, é uma das novidades da edição atualizada do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT-IST), que tem seu foco sobre o tema das sexualidades, medidas de prevenção, sexo mais seguro, rastreamento, imunizações, além de um subcapítulo sobre comunicação para clínica (BRASIL, 2019). Encontra-se disponível a consulta para profissionais de saúde e a sociedade em geral.

A sexualidade representa um conjunto de comportamentos que se atribui à satisfação dos desejos humanos. Considerando essa percepção e preceito, faz-se necessária a abordagem do cuidado sexual, em que a oferta exclusiva de preservativos não é suficiente para garantir os diversos aspectos da saúde sexual (BRASIL, 2019).

Em relação ao panorama geral das ISTs na população indígena, segundo o Relatório de Análise da Situação de Saúde, no SasiSUS de 2019, um estudo descritivo sobre as Infecções de Transmissão Predominantemente Sexual (CID10 A50-A64) na população indígena, nos anos de 2015 a 2017, destaca que houve um aumento no número dos DSEI com notificações de sífilis em gestante, passando de nove (2015) para 13 (2016) e 14 casos, em 2017. A SESAI tem atuado no

enfrentamento da sífilis e das Hepatites virais por meio de diversas ações intersetoriais.

As medidas de controle dependem em grande parte de uma abordagem causal que explore, além dos agentes etiológicos já conhecidos, os aspectos culturais e territoriais que atuem como determinantes nesse processo (BRASIL, 2019). O uso dos insumos para prevenção das ISTs é alvo de resistência em diversas culturas, assim como entre os povos indígenas, onde por meio de educação em saúde, rodas de conversas e dinâmicas, se possibilita o conhecimento sobre a importância do uso desses insumos, como também explica as dúvidas recorrentes sobre as doenças, que podem ser transmitidas através da relação sexual desprotegida.

Os/as profissionais de saúde que desejam trabalhar para o atendimento às populações indígenas devem passar por um processo seletivo, realizando prova escrita e entrevista, além de avaliação curricular onde, através de edital, informa-se a importância de se conhecer a Política Nacional de Saúde Indígena. Após fazer parte do quadro de profissionais, há uma orientação quanto à realização de cursos sobre interculturalidade, que se encontram disponíveis nas plataformas AVA SUS e UNA-SUS, para que os/as profissionais possam estar cientes das diversas especificidades que existem na cultura indígena, para sua melhor atuação no processo de trabalho intercultural.

Sabemos que o curso EAD, para orientação sobre a testagem rápida, não enfatiza questões específicas relacionadas à cultura indígena, e sim de forma generalizada. Como pesquisadoras, pensamos que é de grande importância que os/as profissionais possam ter segurança em realizar a parte técnica, mas também, é necessário que possam ter atenção aos fatores culturais que vão existir e serem melhor entendidos no processo do convívio do conhecimento acerca da etnia com a qual se está trabalhando, para que possa existir o respeito às especificidades desses povos.

Prevenção das ISTs

Para se falar de saúde da população indígena é imprescindível conhecer as culturas dos territórios de abrangência do nosso país. Cultura é, em Antropologia Social e Sociologia, um mapa, um receituário, um código através do qual as pessoas de um dado grupo pensam, classificam, estudam e modificam o mundo e a si mesmas (DAMATTA, 1981). Entendemos que tal conceito está sempre em desenvolvimento, em transformação, pois com o passar do tempo, a cultura é influenciada por novas maneiras de pensar, o que é intrínseco ao desenvolvimento humano.

Em se tratando da região Nordeste, é necessário que nossa população conheça a cultura indígena que aqui habita, pois a sociedade brasileira não conhece de fato a diversidade que existe na comunidade indígena e como esta cultura é na contemporaneidade. Nesse sentido, existem diversas realidades de vida no meio indígena, com especificidades referentes a cada povo e a cada região. As ISTs estão presentes em diversos espaços, abrangendo diferentes públicos, onde a cultura de não se proteger por meio da utilização do preservativo masculino ou feminino é algo comum a todos os públicos da sociedade, por diversos motivos, fatores e determinantes sociais e culturais.

Segundo resultados preliminares do Censo 2010, a atual população indígena brasileira era de 817.963 indígenas, dos quais 502.783 viviam na zona rural e 315.180 habitavam as zonas urbanas brasileiras. A FUNAI também registra 69 referências de índios ainda não contatados, além de existirem grupos que estão requerendo o reconhecimento de sua condição indígena junto ao órgão federal indigenista.

No estado da Bahia há 30.710 indígenas atendidos pelo DSEI-BA, pertencentes a 19 etnias, residentes em 29 municípios e presentes em 133 aldeias (Demográfico DSEI-BA, 2019). Atualmente, existe

uma maior proximidade entre áreas indígenas e centros urbanos e turísticos, bem como uma maior circulação de não indígenas nas comunidades, o que influencia de forma direta para um maior aparecimento de doenças infecciosas nas populações indígenas. E o consumo abusivo de bebidas alcoólicas é um fator negativo para uma maior vulnerabilidade desse povo.

Através do monitoramento dos dados do Programa Saúde Sexual, pode ser observada uma maior concentração de casos de Sífilis, HIV e HB na região Sul e Extremo Sul do estado da Bahia, pois um dos fatores relacionados ao grande número de ISTs nessa região pode estar ligado ao turismo local.

O controle das ISTs requer o protagonismo de todos os trabalhadores da saúde e a compreensão da responsabilidade das diferentes instâncias do SUS. O principal serviço de saúde responsável por esse controle é a Atenção Básica, devendo existir, quando necessário, a interação desse serviço com os de média e alta complexidade. Tendo em vista a quebra da cadeia de transmissão das ISTs e do HIV, a unidade de saúde deve garantir, o mais breve possível, o acolhimento adequado e com privacidade, respeitando o princípio da integralidade (BRASIL, 2015).

O SUS garante o acesso integral, universal e gratuito à saúde para toda a população. Realizar prevenção é fundamental, mas promover saúde é um desafio que não acontece na rotina dos atendimentos. Souto (2016) e seus colaboradores dizem que, para que o SUS seja universal, é preciso garantir que todos tenham acesso aos serviços de saúde. Para tanto, é preciso superar as desigualdades sociais e as diferenças regionais. Assim, o conceito de equidade é fundamental para garantir a universalidade da saúde.

Sabemos que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, como define a Constituição Federal. E para garantir o atendimento à saúde aos povos indígenas foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, em 1999. Dizer que a sociedade

brasileira é multicultural significa compreender a diversidade étnica e cultural dos diferentes grupos sociais que a compõem. Entretanto, significa também constatar as desigualdades no acesso a bens econômicos e culturais, por parte dos diferentes grupos, em que determinantes de classe social, raça, gênero e diversidade cultural atuam de forma marcante (CARDOSO; MUZZETI, 2007). Nessa perspectiva, é fundamental entender a importância de existir um órgão que atue de modo a tornar factível a Atenção Básica à saúde dos povos indígenas, de modo a respeitar seus costumes e crenças, conforme se estabelece na Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas.

A escuta ativa e a promoção de um ambiente favorável ao diálogo sobre as práticas sexuais devem estar presentes na rotina dos serviços de saúde. Essa abordagem possibilita vínculos e facilita a adesão às tecnologias disponíveis ofertadas pelos profissionais de saúde. A escuta qualificada deve ser realizada com atenção e respeito, livre de preconceitos, possibilitando que a própria pessoa encontre soluções para suas questões (BRASIL, 2010).

Em relação às comunidades indígenas, a interculturalidade em saúde existe através da relação entre os/as profissionais de saúde, a comunidade e os/as cuidadores/as tradicionais. O constante desafio nessa atuação é de fato possibilitar uma harmonia nas ações e práticas de cuidado desses indivíduos. Para que essa relação possa ser fortalecida foi criado no DSEI-BA o Grupo de Trabalho de Medicina Tradicional, para a realização de encontros entre os profissionais de saúde e os/as cuidadores/as tradicionais dos respectivos territórios.

Considerações finais

A proposta do Modelo Lógico Avaliativo é o de ser uma ferramenta capaz de instrumentalizar a avaliação da intervenção em saúde realizada pelo Distrito Sanitário Especial Indígena, em 2018, por meio da Capacitação para os/as profissionais com nível superior

que compõem o “Manejo Integral das ISTs HIV/AIDS e Hepatites Virais B e C / Prática Para Testagens Rápidas da Sífilis, HIV Hepatites Virais B e C e Controle das ISTs HIV/AIDS e Hepatites Virais B e C nas Comunidades Indígenas do DSEI Bahia”.

Em relação aos resultados a curto prazo, faz-se necessária a ampliação da realização de teste rápido e diagnóstico das ISTs nas comunidades indígenas, sendo realizado não somente em ações pontuais de saúde, mas na rotina de atendimento das equipes. A inserção das informações no SIASI, por parte das equipes dos Polos-Base, é um dos fatores de grande relevância, pois existe uma fragilidade nesse aspecto. Em relação aos resultados em médio prazo, destaca-se a ampliação em 15% da oferta de diagnóstico por teste rápido para Hepatite B, Hepatite C, Sífilis e HIV.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria Especial de Saúde Indígena**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sesai>. Acesso em: 13 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI)**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-indigena/gestao/siasi>. Acesso em: 16 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Fundação Nacional do Índio**. Disponível: <http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/o-brasil-indigena-ibge>. Acesso em: 13 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília/DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções

Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Distrito Sanitário Especial Indígena. **Planilha de monitoramento da Vigilância da informação**, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde indígena**: análise da situação de saúde no SasiSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos**

Indígenas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.

CARDOSO, Sônia Maria Vicente; MUZZETI, Luci Regina. As dimensões da diversidade cultural brasileira. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 1-11, dez. 2007. ISSN 1982-5587. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/451>. Acesso em: 6 jul. 2019. DOI: <https://doi.org/10.21723/riaee.v2i1.451>.

DAMATTA, Roberto. Você tem cultura? **Jornal da Embratel**, Rio de Janeiro, 1981.

GUERRERO, André Vinicius Pires. **Avaliabilidade do pacto pela redução da mortalidade infantil nas regiões Amazônia legal e nordeste do Brasil**: descrição do programa e construção do modelo lógico. 2010. 75 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000148&pid=S01037331201300040001400022&lng=pt. Acesso em: 8 set. 2019.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência e Saúde Coletiva**. Salvador, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

SOUTO, Kátia Maria Barreto *et al.* Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa? **Saúde em Debate** [online], v. 40, n. esp., p. 49-62, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042016S05>. Acesso em: 9 nov. 2020. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042016S05>.

PARTE IV

RELAÇÕES RACIAIS E DESIGUALDADES SOCIAIS

A branquidade e a (des)racialização do estado brasileiro e suas desigualdades

Beatriz Borges Brambilla

Renan Vieira de Santana Rocha

Washington Luan Gonçalves de Oliveira

Rosa Cândida Cordeiro

Este ensaio intenta, a partir de diálogos teórico-críticos, tecer considerações sobre a conformação de um Estado estruturado na *política de branquidade* no Brasil, compreendendo, inclusive, que são estes os caminhos que fazem do racismo um fenômeno, em essência, de brancos – afirmação introdutória à qual ainda que seja, ao mesmo tempo, contundentemente negada, apresenta-se como inegavelmente concreta e constantemente (re)atualizada no cotidiano das relações – e, de forma ainda mais estruturada, da organização do Estado moderno-colonial. Propõe-se evidenciar as contradições da (des)racialização do Estado e do povo brasileiro, e afirmar que exemplos sociais, culturais, históricos, políticos e econômicos não nos faltam para demonstrar que as expressões desta *política de branquidade* ainda se fazem presentes na realidade brasileira – o que, atrevidamente, ensinaremos, aqui, *desescamotear*.

Descoberta ou Encobrimento?

A expansão do velho mundo. O desenvolvimento civilizatório. O fim da idade média. A era das luzes. A racionalidade como verdade. A modernidade e a (re)invenção do mundo. Um fato europeu, mas, em relação dialética com o não-europeu. A afirmação da Europa como “centro” da história mundial, autorreferenciadamente, criando a própria noção de “periferia”. A institucionalização do mito da racionalidade irracional, sustentada na submissão e na violência. Ou,

em outras palavras, a *descoberta das Américas*, grande falácia da historiografia eurocentrada oficial.

Enrique Dussel (1993), filósofo argentino de referência nos estudos sobre epistemologia latino-americana, nomeia o processo de colonização das Américas como “o encobrimento do Outro”, em que tal dimensão se sustenta na falsa ideia de *descoberta*, por encobrir, em verdade, e acobertar as relações de dominação entre o “eu” europeu – com um mundo, cultura, crenças, ritos, histórias e memórias próprias – sobre um “outro”, indígena, apagado de subjetividade e humanidade, terreno propício para a demarcação da legitimidade do confronto, do controle, da disputa, da conquista e do extermínio sobre o Outro. *O encobrimento do não europeu*.

É diante do massacre de conquistadores sobre conquistados que emerge a ideia de *raça*, a partir da distinção de estruturas supostamente biológicas, como um novo padrão de poder mundial. A legitimidade da dominação-exploração deste Outro, não-humano, hierarquizado e socialmente classificado como uma espécie de *subgente*. A invenção de uma nova categoria mental da modernidade, a *raça*, como demarcação fenotípica, expressa, também, uma ética específica da dominação de indígenas, pessoas negras da África e “mestiços”. Transforma-se a tal *raça* em um legítimo instrumento de divisão social/racial, como nos apresenta Aníbal Quijano (2005), sociólogo peruano pioneiro nos estudos sobre a colonialidade do poder:

Assim, cada forma de controle do trabalho esteve articulada com uma *raça* particular. Conseqüentemente, o controle de uma forma específica de trabalho podia ser, ao mesmo tempo, um controle de um grupo específico de gente dominada. Uma nova tecnologia de dominação/exploração, neste caso *raça/trabalho*, articulou-se de maneira que aparecesse como naturalmente associada, o que, até o momento, tem sido excepcionalmente bem-sucedido (ibidem, p. 119).

Esta nova tecnologia, enquanto política do poder racial, a *Colonialidade*³⁰, historicamente tem sido a ferramenta mais eficaz e durável de dominação universal, conjuntamente ao patriarcado, e constituem-se em armas para a consolidação do capitalismo colonial, atualizado nos últimos séculos com a naturalização da classificação e hierarquização dos povos, de suas descobertas, produções e cultura; transformando esse Outro, povos da periferia, em ditos povos inferiores, sendo estes, nas Américas, os indígenas, as pessoas negras forçosamente trazidas da África e, ainda, em diáspora, “mestiços”, amarelos e oliváceos³¹.

Deste reconhecimento, podemos observar como a ideia de raça, na modernidade, constrói-se em uma demarcação política, cultural e econômica da dominação-exploração colonial, que é a própria Colonialidade. Tal fenômeno foi e ainda é marcado pela expressão e centralidade do “moderno” sistema-mundo da Europa ocidental, com traços comuns a todos os dominadores, como a invenção do etnocentrismo, e a “natural” classificação racial do mundo pós-América – manifesto da própria representação autorreferida de superioridade – em que os narradores da história mundial hegemônica, os europeus, geraram uma nova perspectiva temporal da história e ressituararam os povos colonizados, bem como a suas respectivas histórias e culturas, a partir da hierarquização/inferiorização racial.

Kabengele Munanga (2004), antropólogo congolês radicado no Brasil, professor universitário e referência no campo das Relações Étnico-Raciais, ao debruçar-se sobre uma análise conceitual de raça, historiciza o conceito, partindo do reconhecimento desta invenção

30 Expressão de poder e controle da subjetividade, da cultura e, em especial, do conhecimento e da produção de conhecimento de povos não-europeus – o Outro, racializado, não branco.

31 Nomenclatura apresentada por Aníbal Quijano (2005), para discutir a divisão racial do trabalho e a sua conseqüente superexploração racial. A despeito das controvérsias no uso da expressão “mestiço”, mantivemos a mesma, em consideração à obra originalmente citada.

de um Outro³², aportado à transposição de uma tradição biológica, botânica, bem como à dominação e à sujeição legítima colonial. Diz-nos que ao longo dos séculos, as definições de raça possuíam significados muito específicos, mas sempre utilizados para a produção da diferenciação entre pessoas; e, no último século, o processo de *biologização* dos discursos sobre a raça acabam por ganhar espaço na legitimidade hierárquica, como sinônimo do racismo científico, comprovadamente uma ideologia eurocentrada, porém incorporados aos ideários mentais da sociedade, sobre como esta se organiza e sobre quem são as diferentes pessoas, em suas diferentes cores, nos diferentes espaços sociais.

Notemos:

Embora a raça não exista biologicamente, isto é insuficiente para fazer desaparecer as categorias mentais que a sustentam. O difícil é aniquilar as raças fictícias que rondam em nossas representações e imaginários coletivos (MUNANGA, 2004, p. 24).

Logo, veremos que a análise histórica, conceitual e ontológica sobre a raça, introduzida até o presente momento, explicita o próprio racismo, a partir de discursos de legitimação da raça como instrumento de dominação colonial, mas que, em sua perversa faceta oculta, (des)racializa pessoas brancas, nomeando tão unicamente e pretensamente a *raça do Outro*. Este fenômeno é continuamente atualizado, representado no cotidiano de nossa história, na estrutura de nossa sociedade, na cultura, na política e na economia, mas também, e poderosamente, no conjunto das relações sociais e interpessoais.

O racismo, por conseguinte, compreendido aqui como produtor de relações assimétricas, desiguais e injustas entre diferentes sujeitos tendo como premissa o atributo raça/cor (MUNANGA,

32 *Outro*, em maiúsculo, como nos traz Quijano (2005), aqui nomeadamente como os Ameríndios, os Negros e os Melanésios.

2004), constrói-se socialmente estabelecendo a premissa de que elementos correlatos à matriz ameríndia e africana são inferiores, errados ou exóticos. Atribui-se àquilo que destoa da matriz branca (dita “universal”) de sociedade o status de inferioridade, ponto que “justifica” que todo e qualquer elemento destoante do pressuposto básico seja subjugado, subalternizado, dominado – ainda que esta matriz branca, em essência, desapareça do discurso oficial, exercendo-se *oficiosamente* no cotidiano. Para tanto, ao falar-se do *Outro*, não se fala do *Eu*. Eu normatizado, privilegiado, distinto social, econômica e culturalmente, universal, belo, narcísico, soberano, divino e, mais que tudo, desejado: o branco!

É partindo destes reconhecimentos que queremos, portanto, evidenciar, a partir de agora, não mais e tão somente os discursos sobre o *Outro*, como vimos em Quijano (2005) e em Munanga (2004), mas sim aquilo a que chamamos de *branquidade*, falando diretamente deste suposto “*Eu*”, para, em sequência, defendermos a tese de que tal processo gera ecos e ressonâncias incessantes na organização do Estado brasileiro, revelando-nos a (des)racialização do mesmo e de suas políticas.

Branco e Política da Branquidade

Pensar na construção destas categorias raciais a partir de um recorte teórico-crítico nos revelará processos de institucionalização de normas acerca dos corpos e de como estes devem atuar sobre o mundo em que vivemos: a partir de um referencial branco (ou embranquecido), dito “universal”, hegemônico e bem formatado dentro dos padrões eurocentrados de sociedade. A *ideologia branca* na qual se estrutura a organização social moderna remonta a um processo histórico de constituição dos modos eurocentrados de vida como aqueles mais adequados e que, portanto, devem permanecer como os ditames da própria estruturação social moderna. Temos aqui

o que podemos chamar de *embranquecimento* ou, nas palavras de Andreas Hofbauer (2003), *branqueamento*.

Enquanto as relações patrimoniais hierárquicas são um obstáculo para a implantação de direitos civis (liberdade individual, igualdade diante da lei), a ideologia do 'branqueamento' traz em si um potencial de resistência contra qualquer tentativa de 'essencializar' os limites de cor e/ou de raça. A ideologia do 'branqueamento' propõe negociações contextuais das fronteiras e das identidades. Desta maneira, contribui para abafar a construção de uma reação coletiva. Divide aqueles que poderiam se organizar em torno de uma reivindicação comum, e faz com que as pessoas procurem se apresentar no cotidiano como o mais 'branco' possível (ibidem, p. 14-15).

A ideia de "embranquecer" a sociedade vai para além do sentido de tão somente fortalecer a ideologia branca – trata-se, em última instância, do confronto com tudo aquilo que se apresenta como não-hegemônico, não-branco, e que, tal e qual, merece ser destruído, destituído de seu lugar de existência e resistência aos modos de dominação-exploração social. Representa o enfrentamento ao "perigo" que as expressões não brancas trazem ao *status quo* estruturado no exercício das relações de dominação-exploração de pessoas não brancas por pessoas brancas. É condição, desta feita, para a manutenção das relações monetizadas pelo capital, fazendo das ideias de raça e das distinções decorrentes destas o asseguramento da sociedade dita "civilizada" (HOFBAUER, 2003; CARDOSO, 2010).

Assim, é preciso fazer-se o registro de que falar em branqueamento é falar, em mesma medida, do apagamento da diferença, do cerceamento do discordante e, na ponta do processo, da possibilidade de erradicação dos corpos ditos "desviantes" onde, no limite do embate entre as ideologias branca e não-brancas, em defesa do capital e das relações como postas, o aparelhamento estatal por parte de quem detém o poder passa a controlar muito

mais do que os modos de vida dos sujeitos, mas também seus modos de morte, enquanto negação do direito à existência na condição de corpo dito “desviante” (ALMEIDA, 2018).

O que parece-nos despontar é que o processo de branqueamento, por fim, existe com a finalidade precípua de homogeneizar os modos de vida, tendo como premissa um modo hegemonicamente instituído: o eurocentrado, o branco. Assim, Hofbauer (2003) nos dirá que “tudo indica que a ideologia do ‘branqueamento’ continua ‘funcionando’ como uma espécie de ‘pano de fundo ideológico’ sobre o qual outros discursos, outras concepções de ‘negro’ e ‘branco’ vão se sedimentando” (ibidem, p. 16).

No entanto, quem é este sujeito *branco*? Quem são as pessoas que encarnam em seus corpos a expressão hegemônica das raças, que aqui tanto temos acusado? Como estas compreensões, por sua vez, estruturam a ideia de *branquidade*³³?

Definir quem é o branco e o que é a branquidade está no centro dos estudos contemporâneos que se debruçam sobre a ideia de *identidade racial branca*; onde ser branco estaria relacionado a ocupar o lugar simbólico da branquidade, e não como algo estabelecido meramente por questões genéticas; é, sobretudo, um lugar construído por posições sociais ocupadas em exercício de poderes cotidianos, poderes estes que outros grupos sociais (não brancos) não usufruem. Logo, “ser branco” assume diferentes significados, mas todos eles compartilhados social e culturalmente, em diferentes lugares; fazendo deste reconhecimento algo geopoliticamente referenciado. Por exemplo, nos Estados Unidos da América (EUA), ser branco está estritamente ligado à origem étnica e genética de cada pessoa;

33 Os conceitos de branquidade e branquitude não se apresentam como conceitos consensuais na literatura acadêmica sobre o tema. Não obstante, partimos aqui da formulação conceitual proposta por Edith Piza, em 2005, ao afirmar-se que a branquidade seria uma espécie de identidade branca acrítica, em contraposição à branquitude, que seria uma abertura à possibilidade de uma identidade branca crítica. Para outras possibilidades conceituais, sugerimos a leitura de Lourenço Cardoso (2010).

na África do Sul, origem e fenótipo são importantes demarcadores, mas não os únicos; e, no Brasil, ser branco está ligado à aparência, ao status social e, também, ao fenótipo.

Ser branco, portanto, estaria associado a uma “posição do sujeito”, surgida na confluência de eventos geopolíticos e históricos determináveis, mas também, e obrigatoriamente, na contraposição a outras expressões fenotípicas, étnicas e estéticas, necessariamente não brancas. A “brancura”, portanto, seria construída como fenômeno relacional, ressitando as pessoas brancas na questão das raças, e reconhecendo que a existência (e opressão) de uma, é condição *sine qua non* para a existência (e privilégio) de outra. Destarte, segundo Sovik (2004), e pensando a realidade brasileira:

[...] pele clara, feições europeias, cabelo liso; ser branco no Brasil é uma função social e implica desempenhar um papel que carrega em si uma certa autoridade ou respeito automático, permitindo trânsito, eliminando barreiras (ibidem, p. 366).

A branquidade, por sua vez – ou branquitude acrítica, nas palavras de Cardoso (2010) – será um lugar de privilégios simbólicos, subjetivos, mas também objetivos; isto é, materiais palpáveis que colaboram para a construção social e a reprodução do preconceito racial, discriminação racial “injusta” e racismo. Este lugar é forjado pelos caminhos históricos que fizeram do branco e da “brancura” os referenciais de civilização, em uma ótica hegemonicamente eurocentrada, em contraposição aos bárbaros (não brancos) e a sua barbárie social, cultural e econômica – justificção para o avanço do processo de colonização da África e das Américas, da escravização de povos africanos, da expropriação de terras de povos originários, entre outros fenômenos sociais.

Assim, dialogando Ruth Frankenberg (1999), Edith Piza (2005) e Lourenço Cardoso (2010), podemos dizer que a branquidade será, desta feita, um lugar estrutural de onde o sujeito branco vê os outros,

mas não necessariamente a si mesmo, como em uma posição de poder, um lugar confortável do qual se pode atribuir ao outro aquilo que não se atribui a si mesmo – o *Outro* racializado, mas o *Eu* não. Contudo, tal pensamento nos revela dois perigosos desfechos que dele desembocam: em primeiro lugar, esta não compreensão das pessoas brancas sobre seus lugares como brancos podem incorrer na dificuldade de assumir uma perspectiva crítica sobre os seus lugares de privilégio – afinal, como posso criticar, destruir e reconstruir aquilo que nem mesmo “*Eu*” reconheço como existente? Em segundo lugar, esta não compreensão pode também ocasionar em que pessoas brancas não entendam a relevância de se assumir medidas reparatórias às populações não brancas pelos inaccessos sistêmicos e sistemáticos às quais estas mesmas foram submetidas – afinal, se não há brancos, também não há negros, e seríamos todos iguais, vivendo a plenitude de uma suposta *democracia racial* sequer constatada.

Por esta feita, a branquidade (ou branquitude acrítica), nos dizem Cardoso (2010), Rachleff (2004), McLaren (2000) e Roediger (2000), procura se resguardar numa pretensa ideia de invisibilidade; ao agir assim, o ser branco é considerado como padrão normativo único, o tal “sujeito universal”, desresponsabilizado de deslocar-se de suas posições de poder. Portanto, o branco concebido enquanto indivíduo ou grupo com o status de único padrão sinônimo de ser humano “ideal” é, indubitavelmente, uma das características marcantes da branquidade em nossa sociedade, mesmo nesta e em outras épocas – conformando pensamentos, justificando comportamentos, estruturando políticas, culminando-se na própria *política da branquidade*.

Contudo, a branquitude (ou branquitude crítica), nas palavras de Piza (2005) e Cardoso (2010), conserva um potencial de produção de outros possíveis. Aos sujeitos brancos, é possível e necessária a expressão tanto de desaprovação de privilégios obtidos a partir de

sua identidade racial, quanto a argumentação em favor do combate radical à ideia de superioridade racial, ou ainda de pureza nacional – se quisermos olhar, inclusive, para os ideais eugenistas de Nina Rodrigues, fortemente presentes no imaginário social sobre si, até os dias atuais. Vejamos o que nos diz Piza (2005):

[...] sugere-se aqui que a branquitude seja pensada como uma identidade branca negativa, ou seja, um movimento de negação da supremacia branca enquanto expressão de humanidade. Em oposição à branquitude (termo que está ligado também a negridade, no que se refere aos negros), branquitude é um movimento de reflexão a partir e para fora de nossa própria experiência enquanto brancos. É o questionamento consciente do preconceito e da discriminação que pode levar a uma ação política antirracista (ibidem, p. 07).

Isto, adicionalmente, não pode dar-se sem uma preocupação contumaz com a reflexão de que os brancos possuem uma identidade racial, afirmando a racialização da sociedade brasileira, do Estado brasileiro, e de suas subseqüentes políticas. Logo, racializar as pessoas brancas é seguir o que nos convida a fazer Kabengele Munanga (2004), quando este nos diz que, ainda, não nos é possível e nem recomendável abrir mão da conceituação de raça; já que ela foi, para tanto, utilizada para sectarizar e oprimir, mas que, agora, seja utilizada para reparar e afirmar um posicionamento não de restauração (haja posto que isto seja verdadeiramente impossível), todavia de reparação pelas injustiças, genocídios e epistemicídios historicamente perpetuados e atualizados.

(Des)Racialização do Estado no Brasil

Mais de 500 anos de uma única política – a Colonialidade do poder – manifesta pela sustentação da ideologia branca, (des) racializando a história e a sociedade brasileira, nos revelam narrativas neutras e imparciais sobre “o povo brasileiro”, escamoteando o

racismo estrutural. A ausência do acesso à memória e à história vivida pelos povos originários, por exemplo, aponta para a ideia hegemônica racista da passividade em relação à dominação dos povos europeus – onde, neste mesmo exemplo, Quijano (2005) nos lembra que o processo de escravização vivido pelos povos originários não se deu sem lutas e resistências, expressas e mantidas até os dias de hoje pela vida, pela terra, pela história e pela cultura.

Foi com base nesta política racista de extermínio que, atualmente, no Brasil, há pouco mais de 800 mil pessoas indígenas e de 304 etnias, espalhadas pelo país em luta pela sobrevivência. Darcy Ribeiro, importante antropólogo brasileiro, autor da obra canônica “O Povo Brasileiro: A Formação e o Sentido do Brasil” (1995), nos afirma que em cem anos de colonização portuguesa, mais de dois milhões de pessoas indígenas foram mortas. E o genocídio indígena acentuou-se significativamente em séculos posteriores, levando ao extermínio de grupos étnicos específicos, apagando histórias, culturas e povos.

O sequestro, escravização e mercantilização de pessoas africanas, por sua vez, é a representação de mais uma faceta da política racista na história de nosso país. Schwarcz e Starling (2015) mencionam quase cinco milhões de pessoas trazidas de África para cá. Para a América, como um todo, estima-se que quase 12 milhões de pessoas africanas foram submetidas ao tráfico negreiro. Foram quase quatro séculos de legítima dominação-exploração, representação da superexploração capitalista colonial e do enriquecimento ilícito da Europa.

O processo de escravização determinou a divisão racial do trabalho na sociedade brasileira e as bases de uma política de racismo estrutural, nas esferas social, política e econômica – perduradas até os dias de hoje. Por isto mesmo é que Clóvis Moura (1988), sociólogo brasileiro, reflete sobre o suposto *fim da escravidão* no Brasil, afirmando tratar-se de uma reciclagem hipócrita do antigo sistema colonial, que se reestrutura no (neo)colonialismo tecnocrático, racista

– reinventado nas noções mais recentes de racismo. E, sobre isto, Góes (2015) complementa:

A abolição das relações escravistas deve ser compreendida como expressão do conservadorismo brasileiro, pois, ao libertar os africanos da condição de trabalhadores escravizados, conservou-se o setor latifundiário; as classes proprietárias brasileiras permaneceram as mesmas e não houve nenhum traço de reformulação da concentração da propriedade da terra, razão essa que explica um dos fatores responsável pela marginalização dos egressos do sistema escravista (GOES, 2015, p. 65).

Apolítica brasileira manteve o projeto eurocêntrico, aprofundando a segregação e naturalização das pessoas ex-escravizadas, adotando políticas eugenistas e higienistas, visando o extermínio da história, memória, cultura e ancestralidade de diferentes povos. E isto sob a justificativa do desenvolvimento e construção de um projeto único de nação brasileira: mimetismo do embranquecimento como política. Visando o combate à degeneração das raças, estimula-se até mesmo a imigração de brancos europeus – inclusive com políticas de concessão de terra, ouro e gado; *política da branquidade*.

Contudo, na contramão do que se produziu aos imigrantes brancos europeus, a ausência absoluta de políticas sociais de garantia de direitos à população negra e indígena nos leva a abismos sociais, políticos e econômicos estruturantes do Brasil do século XX; abismos estes seguramente disfarçados pelo mito da *democracia racial*, da convivência harmônica, solidária, afetiva e integrada do povo brasileiro, escamoteando as reais condições da sociedade brasileira. Precisamente por isto que Florestan Fernandes (1989), sociólogo e político brasileiro, ao desenvolver análises sobre o Brasil, aponta a questão racial, a situação do negro e os problemas raciais que enfrentamos como a “pedra de toque” da revolução democrática na sociedade brasileira. Diz-nos ele:

[...] a democracia só será uma realidade quando houver, de fato, igualdade racial no Brasil e o negro não sofrer nenhuma espécie de discriminação, de preconceito, de estigmatização e segregação, seja em termos de classe, seja em termos de raça. Por isso, a luta de classes, para o negro, deve caminhar juntamente com a luta racial propriamente dita. O negro deve participar ativa e intensamente do movimento operário e sindical, dos partidos políticos operários, radicais e revolucionários, mas levando para eles as exigências específicas mais profundas da sua condição de oprimido maior. Ao mesmo tempo o negro deve ter a consciência clara de que sua emancipação coletiva põe o problema da democracia e de uma República democrática sem subterfúgios: a revolução dentro da ordem é insuficiente para eliminar as iniquidades, educacionais, culturais, políticas, etc., que afetam os estratos negros e mestiços da população. **Mesmo quando o negro não sabe o que é socialismo, a luta por sua liberdade e igualdade possui uma significação socialista.** Daí ser ele uma vanguarda natural entre os oprimidos, os humildes, os explorados, enfim, o elemento de ponta daqueles que lutam por 'um Brasil melhor' ou por uma 'sociedade justa' (ibidem, p. 24, grifo do autor).

Florestan Fernandes representou grande revolução em relação às leituras ortodoxas sobre a luta de classes no Brasil, colocando-a como uma luta racial. Foi a presença do movimento negro e indígena brasileiro, na luta por liberdades democráticas e por uma democracia real, o que colocou em evidência a desigualdade racial, manifestas nas condições subalternas de vida e subsistência no país. Não obstante, a Colonialidade – ou a branquidade, em diálogo com o que temos construído até aqui – se fez e se faz, para tanto, ainda como política institucional do Estado brasileiro.

Pelo que temos apresentado, queremos, então, afirmar o racismo estrutural como o principal responsável pelas violações de direitos dos grupos raciais subalternizados. Efetivado em estruturas públicas e privadas do país, essa prática é marcada pelo tratamento diferenciado, desigual, na medida em que o Estado

não provê assistência equitativa, justa e reparatória aos diferentes grupos sociais/raciais. E as populações negra e indígena enfrentam, diariamente, a insegurança de uma maior exposição à violência e à injustiça social, com imposição da hegemonia branca, tendo de conviver, por muito tempo, com o preconceito e a desigualdade.

Contudo, é importante salientar novamente que, em termos históricos, estes processos nunca se deram sem a manifestação de lutas e resistências. Nesse sentido, vale destacar como exemplo que o movimento negro, em nível nacional, há muito vem se apresentando como uma resistência às formas de dominação colonial/racial, provocando o Estado brasileiro a responder, com políticas sociais (racializadas, registre-se), às demandas do povo negro. Nota-se que, em 2001, com a Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Conexas de Intolerância, realizada em Durban, na África do Sul, o Brasil passa a ser signatário de uma série de medidas de reparação e combate ao racismo.

A criação da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (a SEPPIR), ao nível do Governo Federal, em 2003, representou um importante exemplo da institucionalização e da implantação de uma política com o objetivo de promover a igualdade e a proteção de grupos raciais e étnicos afetados por discriminação e demais formas de intolerância, com ênfase na população negra. É um exemplo de conquista derivada dos movimentos sociais, e estruturada no reconhecimento de que temos informações suficientes para percebermos o racismo como elemento que estrutura acessos e inacessos a direitos no Brasil. Em 2010, também foi publicado o Estatuto da Igualdade Racial (Lei 12.288/2010), que expressa um conjunto de demandas das populações negra e indígena, caracterizando-se como mais um instrumento para que as desigualdades raciais sejam reconhecidas e abordadas em diferentes esferas de governo, possibilitando a construção de ações conjuntas que assegurem avanços à pauta da igualdade racial em todo o país.

Estes são dois exemplos da importância da racialização das políticas, como potenciais mecanismos de reparação histórica, frente à *política da branquidade*. Este conjunto de medidas institucionais, de combate ao racismo e promoção da igualdade racial, processualmente produziu transformações representativas nos espaços decisórios de produção das políticas públicas; ou seja, as medidas institucionais e a forte presença do movimento negro organizado incidiram sobre as políticas setoriais – no entanto, ainda insuficientes para a superação da desigualdade e do racismo.

Todavia, os retrocessos políticos que temos vivido no Brasil nos últimos quatro anos, com a perda de direitos sociais e o desfinanciamento de políticas públicas setoriais estratégicas para diminuição dos abismos sociais (como saúde, educação, assistência social, trabalho e renda, etc.), materializam a manutenção de uma *política da branquidade*, de manutenção da dominação-exploração pautada na (des)racialização da ação política – e da ação pública, em verdade – ecoando um Estado racista que se desresponsabiliza por seu povo, e mais ainda, instituí novas políticas de controle e extermínio, mantenedoras do *status quo*.

Política Racista e Desigualdade

Por estes motivos é que Sílvio Almeida (2018), pesquisador e professor universitário brasileiro, nos direciona o olhar para as relações entre política, Direito e racismo, problematizando as noções que sustentamos até os dias de hoje, afirmando que “o Estado age em constante estado de exceção e estado de sítio, reproduzindo guerra, homicídio, políticas de repressão e suicídio” (ALMEIDA, 2018, p. 90).

O Estado moderno, representação da democracia liberal, seletiva, arbitrária e penal, *per si*, ampara-se na política racista de segregação, desigualdade e extermínio. Um Estado representante da supremacia branca que forja nossa estrutura social, subalternizando

não brancos, através de um conjunto de violências: (1º) estruturais – com ausência de direitos; (2º) culturais – com inferiorização, falta de representatividade e atribuição de *subcivildade*; e (3º) institucionais – com o controle militar e policial (ALMEIDA, 2018). Tal cenário se expressa cotidianamente em nossas vidas, traduzido em indicadores sociais, retratos da desigualdade social brasileira³⁴, expressão da política de Estado e governo em nosso país, praticamente como em um autorretrato da Colonialidade, demandando de nós uma análise um pouco mais detida.

Do direito à terra e à moradia, por exemplo, constata-se que a maior concentração de riquezas no país é relativa a patrimônio não financeiro, como terras, imóveis e outros bens. No entanto, os povos indígenas convivem com novas formas de grilagem, com medidas de cerceamento do direito à vida/terra; enquanto os dados do último Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010), por sua vez, apontam que as chances de uma pessoa preta ou parda residir em um aglomerado subnormal eram mais do que o dobro da verificada entre as pessoas brancas.

Quanto ao direito à renda e à Assistência Social, por sua vez, a última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, também do IBGE, publicada em 2018, aponta para a série histórica de diferença de rendimentos, indicando uma média mensal das pessoas ocupadas brancas 73,9% superior ao das pessoas pretas ou pardas. Já o último Censo do IBGE, citado acima, demarca a situação de povos indígenas, onde 52,9% não tinham qualquer tipo de rendimento, proporção ainda maior nas áreas rurais (65,7%).

34 Brambilla (2019), em estudo anterior, aposta na repolarização da noção de desigualdade social, afirmando-a como expressão da questão social em suas relações consubstanciais, a partir de um “nó” entre raça, classe e dominação-exploração de gênero (GONZALEZ, 1983; SAFIOTTI, 2004; DAVIS, 2016; KERGOAT, 2012); reconhecendo que mesmo análises críticas sobre a desigualdade, não necessariamente atribuem um processo de racialização e *patriarcalização* às relações de classe, escamoteando as determinações da desigualdade social na realidade brasileira.

Em termos da pobreza no Brasil, já destacadamente negra e feminina, segundo o relatório “Mulheres no SUAS”, produzido pelo Departamento de Gestão do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS), em 2018, constata-se que há quase 14 milhões de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) cadastradas no CadÚnico, sendo que mais de 90% dos responsáveis familiares são mulheres e 75%, entre elas, são mulheres negras.

No tocante à situação dos povos indígenas, deve-se considerar que em nosso país há pouco mais que 800 mil indígenas autodeclarados, dos quais 116 mil encontram-se cadastrados no PBF e recebem seus subsídios, seja mensal ou trimestralmente, e tais subsídios se colocam como importantes fontes de renda para alimentar a todos das famílias atendidas. No entanto, há de se observar que uma maioria expressiva não tem acesso ao benefício, especialmente por conta das condicionalidades, do acesso à saúde e à educação – o que, como continuaremos a ver, constituem-se em sequências de violações de direitos e impedimentos.

Já do direito à saúde – muito embora os dados do Boletim de Desigualdade Sociais por Raça ou Cor (IBGE, 2019) restrinja a discussão sobre saúde a dados de violência (homicídios e mortalidade da população negra)³⁵ – em Boletim Epidemiológico divulgado no ano de 2015, pela Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (SVS/MS), aborda-se diretamente a contribuição da análise de *Indicadores de Vigilância em Saúde*, segundo a variável raça/cor. A interpretação dos dados em questão nos possibilita enxergar o quanto a estrutura racializada e discriminatória de sociedade acaba por impor lógicas ao direito à vida e à saúde de parcelas substanciais da população brasileira; ponderações às quais não podemos simplesmente recusar ou refutar.

35 Além de não apresentar dados em relação à população indígena.

Persistem também barreiras de acesso a diversos espaços e direitos para as pessoas negras, o que se reflete em suas condições de vida, moradia, trabalho, renda e acesso a serviços públicos. As pessoas pretas e pardas têm maior risco de adoecer ou morrer por tuberculose quando comparadas com as pessoas de cor branca. No Brasil, 14,1% da população preta ou parda está entre os 10% mais pobres do país. Tem-se ainda que, em 2009, dos 2 milhões de domicílios em assentamentos subnormais, 66% eram chefiados por pessoas negras, e que, entre os 10% mais pobres da população, 72% eram negros. A vulnerabilidade social, possivelmente, justifica o maior risco de pessoas pretas, pardas e indígenas adoecerem ou morrerem por tuberculose, quando comparadas às pessoas amarelas e brancas (BRASIL, 2015, p. 16).

Estes dados nos levam à conclusão, como apontado pelo próprio documento citado, que “as diferenças encontradas podem estar relacionadas não somente com a saúde, mas com outros determinantes que sobre ela exercem impacto direto, como educação, renda e cultura, entre outros” (BRASIL, 2015, p. 34). Por assim o ser, acabam por dar à questão do racismo na saúde status de problema em âmbito nacional, e que afeta, de maneira direta, grande parte da população brasileira – o que nos permitirá, em última instância, dizer que se trata, também, de um problema de saúde pública. E, ainda pensando a partir da saúde, embora tenhamos conquistas, frutos diretos da luta organizada da população indígena e negra, e atualmente tenhamos, p.ex., a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, estas revelam-se ainda insuficientes para assegurar a estas pessoas o efetivo direito à saúde.

Sobre o direito à educação, constata-se que, entre 2016 e 2018, na população preta ou parda, a taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade passou de 9,8% para 9,1%, e a proporção de pessoas de 25 anos ou mais de idade com pelo menos o ensino médio completo se ampliou de 37,3% para 40,3%. Ambos

os indicadores, porém, permaneceram aquém dos observados na população branca, cuja taxa de analfabetismo era 3,9%, e a proporção de pessoas com pelo menos o ensino médio completo era 55,8%, considerando os mesmos grupos etários mencionados, em 2018. O pior cenário em relação ao analfabetismo refere-se às pessoas pretas ou pardas residentes em domicílios rurais.

Já em termos do acesso escolar, identifica-se o aumento de crianças negras de 0 a 5 anos de idade à creche ou à escola, embora a maioria de crianças desta mesma faixa etária matriculada seja de crianças brancas. A distorção série-idade diminuiu em toda a população considerando grupo etário. O Boletim de Desigualdades Sociais por Raça ou Cor (IBGE, 2019), já citado, indica também que a taxa ajustada de frequência escolar líquida aponta desigualdades, em razão de cor ou raça, que se aprofundam para o não alcance de níveis de ensino mais elevados, à medida em que motivadores do atraso e da evasão escolar vão se acumulando entre a população negra. Embora tenha diminuído a evasão escolar entre jovens negros, de 2016 a 2018, a proporção de pessoas pretas ou pardas de 18 a 24 anos de idade com menos de 11 anos de estudo e que não frequentavam a escola caiu de 30,8% para 28,8%, mas a proporção de pessoas brancas na mesma situação, em 2018, era 17,4%. Contudo, diante de políticas afirmativas de democratização do Ensino Superior, e com a trajetória de melhora nos indicadores de permanência e sucesso escolar na educação básica, estudantes pretos ou pardos passaram a compor maioria nas instituições de ensino superior da rede pública do país (50,3%), em 2018³⁶.

36 Este dado, entretanto, não deve nos afastar da ideia de que a Universidade pública, gratuita e de qualidade encontra-se em ameaça, diante das políticas neoliberais adotadas pelo Estado brasileiro. Registra-se, p.ex., que, em 2020, o Ministro da Educação, à época, publicou uma Portaria acabando com uma normativa anterior, em que se asseguravam cotas raciais na pós-graduação no Brasil – Portaria esta, posteriormente, revogada. No entanto, isto pode rapidamente ser compreendido como mais um exemplo da *política da branquidade* operando na manutenção dos privilégios, neste caso, educacionais.

Entre a população indígena, a taxa de alfabetização é a menor do país, especialmente na área rural, onde, em grupos etários acima dos 50 anos, a taxa de analfabetismo é superior à de alfabetização (IBGE, 2010). Destaca-se que, em 2005, foi realizado Censo Escolar, onde são apresentados um conjunto de indicadores sobre a educação indígena, e indica-se que quase a maioria das escolas indígenas não possuem acesso a materiais referindo-se a grupos étnicos específicos. Aqui, nota-se que os desafios no bojo da educação indígena são inúmeros: desde a ampliação da oferta de educação básica em escolas indígenas, até a formação de docentes nas licenciaturas interculturais.

Política de *De-volução Social/Racial*

Por todos estes dados apresentados, o que vemos é que o perverso e intencional ciclo de políticas racistas, representadas na naturalização do poder e da ação da branquidade, como mencionado, está no cotidiano, na vida, nos indicadores, nas dores, na segregação, na negação de pessoas indígenas e negras, na meritocracia, no esforço pessoal (ao quadrado), incansável e insustentável na ordem do apagamento das determinações históricas e sociais de nossa realidade.

No cotidiano, como vimos, a *política da branquidade* – a política do Estado brasileiro – violenta, segrega, criminaliza, encarcera e mata as populações não-brancas. A cada 23 minutos um jovem negro é assassinado; mulheres negras são as maiores vítimas de feminicídio; as prisões são ocupadas majoritariamente pela população negra; e a população indígena é impedida do direito à vida (terra), exterminada, silenciada e invisibilizada. E, em mesma medida, isto faz-nos crer, também, que a desigualdade no Brasil não é, tão simplesmente, um retrato estatístico, epidemiológico, de indicadores sociais.

Esta compreensão nos é muito cara, ao apontar que a existência do atributo raça/cor e de toda a sua gama de marcadores

de diferenciação entre os sujeitos ainda não pode ser descartada, mesmo que este seja o objetivo final de alguns ativistas e teóricos do campo das Relações Étnico-Raciais (MUNANGA, 2004). Isto não representa dizer que não se deseje romper com as amarras que essas categorizações auxiliaram a produzir ao longo da história; mas sim, que é preciso reafirmá-las, olhá-las de frente, encarar os estigmas e os acessos e inacessos por elas produzidos, para podermos avançar na construção de políticas efetivamente reparatórias. Se incorreremos no risco de *desracializarmos* as políticas, na defesa da inexistência das raças, incorremos no risco de defendermos a própria inexistência do racismo, especialmente em tempos de tão arraigado negacionismo global e nacional.

Racializar brancos e não brancos, racializando as políticas, é não permitir que esqueçamos do passado e do presente histórico que ainda fazem valer o racismo como elemento basilar das relações interpessoais, grupais e institucionais, conforme nos sinaliza Hofbauer (2003), quando este nos diz que: “‘Racializar’ as diferenças é um método possível – mas não o único – que permite desmascarar, questionar os mitos, os discursos justificatórios da ‘discriminação racial’ (HOFBAUER, 2003, p. 16).

A naturalização e a não nomeação das tentativas de desracialização do Estado brasileiro e de suas políticas como *política da branquidade* é um gesto que nos exige novas providências, enquanto povo, onde a *de-volução social/racial* aos povos negro e indígenas – entre outras expressões étnicas – faz-se, desta feita, urgente. *De-volução social/racial* como processo revolucionário de reparação efetiva das violências coloniais, atualizadas na produção da desigualdade em nosso país. Portanto, exige de nós uma ação coletiva, reconhecendo as distintas posições sociais, a racialização de toda a sociedade brasileira, a implicação de pessoas brancas – em diálogo com a branquitude crítica – e o enfrentamento à falsa democracia e à falsa igualdade no país.

Referências

ALMEIDA, Sílvio Luiz. **O que é Racismo Estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.

BRAMBILLA, Beatriz Borges. **Um Nó Escamoteado: A Dimensão Subjetiva da Desigualdade Social e seus Desdobramentos na Política de Assistência Social.** 156 p. 2019. Tese (Doutorado em Psicologia: Psicologia Social) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo/SP, 2019.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico: Indicadores de Vigilância em Saúde, analisados segundo a variável raça/cor.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: MS, v. 46, n. 10, p. 01-35, 2015.

BRASIL. **Mulheres no SUAS.** Ministério do Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília: MDS, v. 05, 2018.

CARDOSO, L. *Branquitude Acrítica e Crítica: a Supremacia Racial e o Branco Anti-Racista.* **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud**, v. 08, n. 01, p. 607-630, 2010.

DAVIS, Angela. **Mulheres, Raça e Classe.** São Paulo: Boitempo, 2016.

DUSSEL, Enrique. **1492. O Encobrimento do Outro. A Origem do Mito da Modernidade: Conferências e Frankfurt.** Petrópolis: Vozes, 1993.

FERNANDES, Florestan. **Significado do Protesto Negro.** São Paulo: Cortez, 1989.

FRANKENBERG, Ruth. **A Miragem de uma Branquidade Não-Marcada.** In: WARE, Vron. (Org.). *Branquidade: Identidade Branca e Multiculturalismo.* Rio de Janeiro: Garamond, p. 307–338, 2004.

GÓES, Weber Lopes. **Racismo, Eugenia no Pensamento Conservador Brasileiro: A Proposta de Povo em Renato Kehl.** Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, da Faculdade de Filosofia e Ciências, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Campus de Marília. São Paulo: UNESP, 2015.

GONZALEZ, Lélia. **Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira.** In: SILVA, L. A. et al. (Orgs.). *Movimentos Sociais Urbanos, Minorias e Outros Estudos.* Ciências Sociais Hoje, Brasília, ANPOCS, n. 2, p. 223-244, 1983.

HOFBAUER, Andreas. **Raça, Cultura e Identidade e o Racismo “à Brasileira”.** In: SILVA, Petronilha Beatriz Gonçalves; SILVÉRIO, Valter Roberto (Orgs.). *De Preto a Afro-Descendente: Trajetos de Pesquisa sobre Relações Étnico-Raciais no Brasil.* São Carlos: EDUFSCAR, p. 51-68, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil.** Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de Indicadores 2009.** Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de Indicadores 2017.** Rio de Janeiro, 2018.

KERGOAT, Danièle. *Dinâmica e Consustancialidade das Relações Sociais.* **Novos Estudos Cebrap,** São Paulo, n. 86, p. 93-103, mar. 2012.

MCLAREN, Peter. **Multiculturalismo Revolucionário: Pedagogia para o Novo Milênio.** Trad. Márcia Moraes e Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

MOURA, Clóvis. **Sociologia do Negro Brasileiro.** São Paulo: Ática, 1988.

MUNANGA, Kabengele. **Uma Abordagem Conceitual das Noções de Raça, Racismo, Identidade e Etnia.** In: *Coletânea Cadernos PENESB (Programa de Educação sobre o Negro na Sociedade Brasileira)*, Rio de Janeiro: UFF, p. 15-34, 2004.

PIZA, Edith. **Porta de Vidro: Entrada para Branquitude.** In: CARONE, Iray e BENTO, Maria Aparecida da Silva (org.). *Psicologia Social do Racismo: Estudos Sobre Branquitude e Branqueamento no Brasil.* Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

QUIJANO, Aníbal. **Colonialidade do Poder, Eurocentrismo e América Latina.** Buenos Aires: CLACSO, 2005.

RACHLEFF, Peter. **“Branquitude”: seu Lugar na Historiografia da Raça e da Classe nos Estados Unidos.** In: WARE, Vron. (Org.). *Branquitude: Identidade Branca e Multiculturalismo.* Rio de Janeiro: Garamond, 2004 p. 97–114.

RIBEIRO, Darcy. **O Povo Brasileiro: A Formação e o Sentido do Brasil.** São Paulo: Editora Companhia das Letras, p. 480, 1995.

ROEDIGER, David. **Towards the Abolition of Whiteness.** London, New York: Verso, 2000.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Gênero, Patriarcado, Violência.** São Paulo: Perseu Abramo, 2004.

SCHWARCZ, Lilia Moritz; STARLING, Heloisa Murgel. **Brasil: Uma Biografia.** São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

SOVIK, Liv. **Aqui ninguém é branco: Hegemonia Branca no Brasil.** In: WARE, Vron. (Org.). *Branquitude: Identidade Branca e Multiculturalismo.* Rio de Janeiro: Garamond, p. 363-386, 2004.

Saúde das populações negra e indígena: um olhar sobre os impactos do racismo

Denize de Almeida Ribeiro

Introdução

As concepções de saúde refletem a conjuntura social, econômica, política e cultural de uma população ou grupo. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social, entre outras coisas, mas também, de valores individuais, de concepções científicas, religiosas, filosóficas, etc. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito a depender das concepções, cenários e lugares de onde falamos (SCLAIR, 2007).

E muitos são os fatores que podem interferir nas condições de vida e saúde de uma população ou grupo. Em se tratando das populações negra e indígena, por exemplo, existem limitações para o planejamento de ações que começam com as dificuldades dentro do sistema de informação em saúde, que não contempla, entre outros dados, a identificação étnica e o domicílio do paciente indígena, ou o preenchimento da variável raça/cor, o que para a população negra acaba dificultando a construção de um perfil epidemiológico e criando maiores limites para a sistematização de políticas voltadas à sua saúde.

Há ainda uma descontinuidade das ações e carência de profissionais com formação que saibam lidar com as especificidades dessas populações, o que fizeram e fazem com que muitas comunidades negras e indígenas se mobilizem em luta pela defesa de seus direitos por saúde. No Brasil, observamos essa movimentação de forma mais intensa, principalmente a partir dos

anos 70, de diversas maneiras, em especial por intermédio da criação de organizações representativas de tais segmentos que foram juridicamente constituídas. Esses grupos passaram a adquirir maior conhecimento e informações no que se refere às doenças e agravos de maior impacto sobre a saúde dos povos originários e da população negra, dando origem a processos locais e regionais de capacitação de agentes indígenas de saúde e uma maior visibilização da medicina tradicional indígena e afro-brasileira.

Através da Lei Arouca (Lei nº 9.836), de 1999, – que incluiu o capítulo V na Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) – Lei nº 8.080/90 – criou-se o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), como parte integrante do SUS. Portanto, essa lei se constitui como o principal dispositivo legal da saúde indígena. A partir de então, o Ministério da Saúde (MS) passou a ser responsável por estabelecer as políticas e diretrizes para a promoção e a recuperação da saúde da população indígena, enquanto a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgão vinculado ao MS, passou a ser responsável pela coordenação e execução das ações de saúde. O atual sistema público de saúde indígena foi estabelecido há mais de duas décadas. Desde então, uma série de dispositivos legais moldaram e regularam o funcionamento deste sistema e instituíram modelos de gestão e atenção à saúde indígena por todo o país (BRASIL, 2009a).

No que se refere à população negra, no dia 13 de maio de 2009 foi publicada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que apresenta como marca “o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde” (BRASIL, 2009b, p. 37), e o reconhecimento do MS de que as condições de vida desfavoráveis da população negra impactam o processo saúde, doença e morte nesse grupo.

Impactos do racismo

Observa-se que, como fruto de muita luta, tanto a política de saúde indígena quanto a de saúde da população negra conseguem aprovação, publicação e passam a integrar o leque de políticas do SUS. A política de Saúde indígena, a partir de 2002, e a da população negra, a começar em 2009.

Para a saúde indígena foi constituído todo um subsistema dentro do SUS, com recursos disponibilizados para sua implantação e gestão. Entretanto, a política de saúde da população negra, mais de 10 anos depois de sua publicação, ainda se encontra sem efetiva implantação e completamente desconhecida pela maioria dos gestores e da população de um modo geral. Dessa forma, pode-se perceber como o racismo institucional opera tanto para um, como para outro segmento, invisibilizando seus avanços, conquistas e direitos, e dificultando o acesso dessas populações às ações e serviços com capacidade de atender adequadamente as suas demandas.

Assim, para uma análise adequada das condições sociais e da saúde das populações negra e indígena, é preciso considerar como grave e insistente a questão do racismo no Brasil, que persiste mesmo após uma série de conquistas institucionais, devido ao seu elevado grau de entranhamento na sociedade brasileira.

O racismo se reafirma no dia a dia pela linguagem comum, se mantém e se perpetua pela estrutura, pela cultura e influencia toda a vida social. Prejudica o funcionamento adequado das instituições e também as relações entre as pessoas. É condição histórica e traz consigo o preconceito e a discriminação, afetando as populações negra e indígena de todas as camadas sociais, residentes na área urbana ou rural e, de forma interseccional, afeta violentamente as mulheres negras e indígenas, vitimadas também pelo machismo e pelos preconceitos de gênero, o que agrava ainda

mais as vulnerabilidades a que está exposto esse segmento em uma sociedade patriarcal.

No tocante à população negra, o racismo tem se configurado no Brasil como o principal determinante social das desigualdades impostas. Visto que, possui suas raízes na escravidão e, por conseguinte, através da anulação e negação da humanidade da população negra, atuou como uma das estratégias dos colonizadores para legitimar sua dominação. A força desse racismo pode ser medida pelo fato de a escravidão ter dominado a história do Brasil por quase quatro séculos, sendo o último país do mundo a aboli-la.

A inexistência de diversas raças humanas é uma verdade científica, mas foi a partir do racismo que se criou a ideia hierárquica das “raças”. Essa é uma realidade cruel, segregacionista, que frequentemente assume a face de genocídio, nada sutil, localizado e marcadamente excludente.

Cabe perguntar: quais seriam as perspectivas para as políticas de promoção da igualdade racial no Brasil? Como outras visões de mundo poderão ser incorporadas aos modelos de política e gestão atuais? Negros e indígenas teriam espaços para que suas experiências e modos de fazer deixassem de ser invisibilizados e negados?

Compreende-se que segmentos da população negra e indígena, ao constituir e defender outras formas de organização social, outros modelos de saúde, outras maneiras de promover equidade, reduzir desigualdades, promover o respeito religioso, reduzir a violência ou mesmo acabar com a fome, fazem isso por acreditarem que é possível ter direitos, fazem-no porque sonham e vislumbram outras possibilidades de sociedade e também porque viveram no passado e trazem consigo experiências de outras formas de convívio social, dos quilombos rurais e urbanos, das comunidades indígenas, dos terreiros de candomblé e mesmo de sociedades afro-indígenas miticamente reconstruídas em suas memórias (RIBEIRO, 2012).

Nesse movimento, invariavelmente é preciso voltar para o passado histórico, a fim de reconhecer os caminhos pelos quais se perpetuaram essa relação desigual, ao tempo em que é necessário olhar para outras realidades, sem perder de vista a realidade local e tirar disso algum aprendizado, um exercício que é o mesmo do pássaro *Sankofa*, de ter os pés para frente e o olhar no passado.

A representação do pássaro *Sankofa* nos remete à realização do eu, individual e coletivo. Ele mostra uma representação mítica que nos informa: o que quer que tenha sido perdido, esquecido, renunciado ou privado, pode ser reclamado, reavivado, preservado ou perpetuado ao olhar os passos dados no passado. Logo, *Sankofa* é parte do conhecimento dos povos africanos, expressando a busca por sabedoria, por aprender com o passado para entender o presente e moldar o futuro. E poder afirmar que nossos passos vêm de longe, observando as pegadas deixadas na areia.

Considerações finais

Assim, precisamos estar atentos e atentas diante da tarefa que temos de construir junto com diversos segmentos da sociedade brasileira um outro modelo de sociedade, mas não podemos nos perder nesse caminho. Para isso, precisamos buscar referenciais que nos façam acreditar e afirmar ideais humanizadores em harmonia com todos os elementos da natureza, enquanto seres integrantes dessa mesma natureza e que preconizam as religiões de matriz africana e os povos originários do Brasil.

No processo de construção da Política de Saúde da População Negra e de Saúde da População Indígena, por exemplo, muitas são as situações em que precisamos invocar tais experiências para acreditar simplesmente que será possível continuar a lutar sem se perder e sem esquecer as experiências passadas que nos constituem.

Referências

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca**: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília/DF, 2009b.

RIBEIRO, Denize de Almeida. Ubuntu: o direito humano e a saúde da população negra. *In*: BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda (org.). **Saúde da população negra**. Petrópolis, RJ: DP et Alii; Brasília, DF: ABPN, 2012. p. 122-145.

SCLAIR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, jan./abr. 2007.

Saúde mental, vulnerabilidades e suicídio nas populações negra e indígena

*Jeane Saskya Campos Tavares
Carlos Antonio Assis de Jesus Filho*

Introdução

A saúde mental das populações negra e indígena no Brasil está diretamente relacionada a aspectos históricos, políticos e às condições atuais em que vivem essas populações. Para compreendermos as suas necessidades e a assistência em saúde mental é necessário considerar, portanto, a multiplicidade de formas de organização e a grande variação de experiências, assim como a diversidade de fatores de vulnerabilidade e proteção que incidem sobre esses grupos raciais. Neste capítulo, que não se pretende exaustivo, apresentaremos alguns dos principais aspectos relacionados à saúde mental de negros e indígenas que são abordados em documentos técnicos governamentais, artigos publicados na Scientific Electronic Library Online – SciELO Brasil e revistas com a temática, com destaque para o suicídio.

Aspectos sócio-históricos

A despeito das diferentes experiências históricas, negros e indígenas se aproximam enquanto vítimas de um genocídio continuado que se iniciou com a colonização e que se mantém como base da organização da sociedade brasileira. Esse processo compreende não apenas a morte física, mas também o apagamento da memória, da ancestralidade, das contribuições para o desenvolvimento do país, da língua, da arte, dentre outros elementos. Uma morte simbólica que antecede a destruição do corpo através da violência (física, moral, patrimonial), da negação do direito à terra, aos nomes, aos ritos

fúnebres e, por fim, de suas identidades. Fazem parte do colonialismo e da colonialidade contemporânea a identificação com a branquitude induzida pela falácia da democracia racial brasileira e a adesão aos estereótipos sustentados pela manutenção das desigualdades sociais e das violências ostensivas contra esses grupos.

Em termos numéricos, a população negra é a maioria entre os brasileiros, sendo pretos 9,3% e pardos 46,5%, e é também a maior parte da força de trabalho. No entanto, tem os piores indicadores sociais e, por consequência, de saúde (BRASIL, 2019a). Mesmo contando com uma Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (BRASIL, 2017a), sua implementação fica comprometida pela resistência dos governos e dos/as profissionais de saúde. É a população mais atingida pela violência letal (BRASIL, 2019b) e negligenciada na atenção à saúde, tornando-se, junto com os indígenas, os que mais estão morrendo durante a pandemia de COVID-19. Mortes que ocorrem não apenas pela doença, como também por ações deliberadas das polícias e de invasores de terras.

A PNSIPN cita a atenção à saúde mental como estratégia de gestão em dois momentos:

V – Fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social;

VI – Fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2017a, p. 34).

No entanto, observa-se a escassez de produções governamentais sobre a saúde mental da população negra e os poucos dados disponíveis se referem à discussão sobre o abuso de

álcool e outras drogas. O racismo institucional aparece, nesse campo, tanto na associação exclusiva entre saúde mental e abuso de drogas como na subnotificação de raça/cor nos sistemas de informação, e quando os números existentes apontam que pardos têm a metade do número de atendimentos de brancos e pretos, aparecem com taxas de mortalidade duas vezes maiores que brancos (BRASIL, 2016), pois não têm acesso ao atendimento longitudinal e de boa qualidade.

A população indígena atualmente conta com 817.963 pessoas, o que corresponde a aproximadamente 0,43% da população do país, dividida em 305 diferentes etnias com 274 línguas indígenas registradas, segundo a Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Em relação à assistência, a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena dentro do Sistema Único de Saúde (SasiSUS) descentralizou o atendimento, implementando 34 Distritos Sanitários Indígenas (DSEIs) – unidades gestoras organizadas a partir de critérios etnográficos e epidemiológicos. Depois de uma reivindicação do movimento indígena, em 2010, o Subsistema deixou de ser gerido pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e passou a ser gerido pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) (BATISTA; ZANELLO, 2016).

A principal questão de saúde atual são as mortes pelo COVID-19, que se apresenta como uma atualização das epidemias de doenças infecciosas trazidas pelos colonizadores e altamente disseminadas pelas péssimas condições impostas aos indígenas, com confinamento, trabalho forçado e escravização (BRASIL, 2002). Segundo dados da SESAI, até o dia 14 de julho de 2020, havia mais de 10.000 infectados e 216 óbitos.

No que diz respeito à saúde mental da população indígena, há uma área técnica da SESAI que pensa e atua no tema, junto a diversos/as profissionais como psicólogos/as, assistentes sociais e antropólogos/as. É importante ressaltar que a categoria “saúde mental” e seus derivados tem como prerrogativa ferramentas e ações

que são fundamentadas no contexto cultural ocidental, e que, em algumas cosmologias de povos originários, o uso dessa categoria pode não ser aplicável, por não corresponder à saúde mental entendida pelo profissional e sua epistemologia ocidental. Apesar disso, é possível que se estabeleça um ponto de encontro em que possamos compreender o que é produtor de sofrimento para essa população, construindo um saber dialogado, que a ajude a enfrentar situações-problema (VIANNA; CEDARO; OTT, 2012).

Saúde mental de negros e indígenas

A revisão sistemática realizada por Smolen e Araújo (2017) aponta não apenas a escassez de estudos populacionais que relacionem raça/cor a transtornos mentais, como a dificuldade de comparar os resultados encontrados em função das diferenças entre os transtornos mentais estudados, as formas de categorizar raça/cor da pele (estudos não seguiam a padronização utilizada pelo IBGE) e os instrumentos utilizados nas investigações. Nos 14 estudos analisados, as autoras encontraram maior prevalência ou chance de transtornos mentais nas pessoas não brancas, em comparação às pessoas brancas.

Em outra revisão, Damasceno e Zanello (2018) analisaram a produção bibliográfica brasileira dos últimos quinze anos sobre saúde mental e racismo contra negros. As autoras concluíram que há baixa produção acadêmica no Brasil sobre o tema e que a Psicologia tem pouca contribuição, mas não menos que as demais categorias que formam as equipes profissionais que compõem os Centros de Assistência Psicossocial (CAPS) que, como destacam as autoras, são espaços de assistência pública que atendem majoritariamente a população negra de baixa renda. Em relação aos transtornos, a depressão é destacada como um dos principais efeitos das experiências de discriminação racial.

Ainda que incipientes, os resultados dessas revisões vão ao encontro da literatura internacional, os quais indicam múltiplas repercussões do racismo na saúde mental da população negra, como a discriminação e o preconceito percebido isoladamente, que geram disparidades na saúde mental (CUEVAS *et al.*, 2013); há associação positiva entre racismo percebido/discriminação e depressão, ansiedade e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (PIETERSE *et al.*, 2012; PARADIES *et al.*, 2015); são mais frequentes os diagnósticos de psicose e transtorno mental comum (CMD) na população negra (COOPER *et al.*, 2008; NELSON, 2006; KARLSEN *et al.*, 2005); o racismo internalizado (identidade étnico-racial desvalorizada ou negativa) tem associação com maior desenvolvimento de depressão (JAMES, 2016); maiores níveis de estresse crônico são encontrados entre negros, quando comparados a brancos (FARO; PEREIRA, 2011) e mulheres negras referem mais estresse que homens negros (CUEVAS *et al.*, 2013).

Da mesma forma, em relação à saúde mental da população indígena, são escassos os trabalhos na área. As poucas produções teóricas sobre a temática e os trabalhos de campo tendem a se orientar por uma cosmovisão etnocêntrica. São, portanto, produções que contribuem negativamente para as análises ao não refletirem a epistemologia dos descritores “saúde mental” e “indígena” (BATISTA; ZANELLO, 2016).

No portal sobre a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, é descrito o aumento da prevalência de transtornos mentais na população indígena – que vão desde a dependência de álcool até o suicídio (BRASIL, 2017b). Na verdade, a população indígena apresenta alguns dos piores indicadores sociais do país, muitos deles refletidos em sua saúde mental. Para além disso, questões como saneamento, abastecimento de água, conflitos e acesso, grandes empreendimentos presentes nos Territórios Indígenas e as práticas colonialistas continuam

provocando danos sociais, mudando a relação desses povos com a terra e com sua cultura (WAYHS; BENTO; QUADROS, 2019).

No que diz respeito ao uso problemático de álcool, por exemplo, é sabido que o abuso no seu consumo tem causado grandes transtornos dentro dos Territórios Indígenas. Além dos prejuízos ao indivíduo, o uso crônico de álcool também está associado a problemas sociais dentro dos Territórios e ao aumento da violência e dos casos de suicídio. Contudo, ao pensar no termo “alcoolismo”, é imprescindível que se pense no contexto cultural no qual o indivíduo está inserido e no modo como aquela bebida entrou socialmente no seu convívio (VIANNA; CEDARO; OTT, 2012).

O contato interétnico prolongado provocou uma mudança nos padrões de beber e nos seus significados, antes associados a rituais. Além disso, as bebidas alcoólicas sempre foram utilizadas como ferramenta de dominação dessas populações (GUIMARÃES; GRUBITS, 2007). Podemos inferir, com isso, que as principais questões em saúde mental da população indígena são consequência de um processo de colonização sempre vigente, que continua a provocar genocídios, inovando nas ferramentas para tal.

Para se entender o campo da saúde mental nessas populações é necessário que o profissional exercite uma abordagem intercultural e ampliada do encontro clínico, que passa por entender a influência dos determinantes sociais na saúde mental dessa população e como são vulnerabilizadas. No IV Congresso Nacional de Psicologia, 50 indígenas, representando 37 aldeias, indicaram de que forma a psicologia poderia apoiar essa população, e as propostas diziam sobre ações nos determinantes sociais, como perda dos Territórios, discriminação, desvalorização da cultura e ausência de políticas públicas. Dentre essas, podemos destacar a procura por apoio no enfrentamento do massacre de indígenas e seus líderes e a crescente desvalorização da cultura desses povos o manejo do sentimento de vergonha entre os jovens ao praticar sua cultura, tendo em vista o

avanço dos costumes da sociedade nacional nessas comunidades; e a construção de políticas públicas que contemplem a diversidade desses povos (BERNI, 2017).

Quando não vale a pena viver

Destacamos o suicídio como um aspecto importante das questões de saúde mental de negros e indígenas. O Brasil é o oitavo país em número absoluto de óbitos por suicídio, esta é a quarta causa de notificação por morte por causas externas no país. Logo, as taxas de morte por suicídio têm aumentado significativamente e, no último triênio, alcançamos a média de um suicídio a cada 64 minutos (PALMA; SANTOS; IGNOTT, 2020).

É importante salientar que o suicídio entre indígenas, em todo o território nacional, e de brancos agricultores do Sul do Brasil, tem recebido análises e menções na literatura de referência sobre o tema. Vale salientar, novamente, que temos poucas informações sobre o suicídio na população negra, devido à subnotificação dos casos, à subnotificação do quesito raça/cor nas declarações de óbito e à negligência de pesquisadores/as na análise das especificidades dos casos na população negra (TAVARES, 2018).

A análise nacional mais completa publicada sobre óbitos por suicídio enfoca os dados sobre adolescentes e jovens negros (BRASIL, 2018). Tal análise apresenta dados impressionantes, mas não surpreendentes para quem reconhece a função política do suicídio entre escravizados durante a colonização e acompanha o cotidiano de violência e desesperança a que é submetida a juventude negra, particularmente os homens.

Os principais dados revelam um aumento significativo da taxa de mortalidade por suicídio entre adolescentes e jovens negros e estabilidade da taxa entre brancos. No ano de 2016, a cada 10 suicídios entre adolescentes e jovens 6 ocorreram em negros, o risco

de suicídio foi 45% maior com esses dois grupos, quando comparado aos brancos. Adolescentes e jovens negros do sexo masculino tiveram o risco de suicídio 50% maior que os brancos, e do sexo feminino apresentaram risco de suicídio 20% maior que brancas. Considerando apenas os adolescentes (10 a 19 anos) negros, eles apresentaram risco 67% maior de suicídio que adolescentes brancos; e os jovens (20 a 29 anos) negros apresentaram um risco até 34% maior de suicídio que os jovens brancos.

A análise intragrupal, no período de 2012 a 2016, aponta que a taxa de mortalidade de adolescentes e jovens negros foi de 5,5 vezes maior que a do sexo feminino, o que significa que a cada suicídio do sexo feminino ocorreram, em média, seis óbitos do sexo masculino. Além disso, chama a atenção que a taxa de mortalidade por suicídio cresceu significativamente entre os adolescentes negros (31%) e foi estável entre os jovens negros. No entanto, entre os jovens a taxa de mortalidade por suicídio foi, em média, 3 vezes maior do que entre os adolescentes negros.

O suicídio é considerado um fenômeno complexo e multifatorial (genético, psicológico e ambiental), em que esses fatores podem incidir simultaneamente ou não. Baseando-se na literatura internacional, no estudo são citados os seguintes fatores de risco: o não lugar, a ausência de sentimento de pertença, o sentimento de inferioridade, a incapacidade, a rejeição, a negligência, os maus tratos, o abuso, a violência, a inadequação, a inadaptação, a solidão, o isolamento social e a não aceitação da identidade racial, sexual e afetiva, de gênero e de classe social (BRASIL, 2018).

Conforme Botega (2015), tais fatores podem ser classificados como *predisponentes* ou *precipitantes*. Os predisponentes são aqueles que fazem parte da história de vida do sujeito e não são facilmente relacionados ao evento. Os mais conhecidos são transtornos psiquiátricos, tentativa prévia (este é um forte preditor de novas tentativas), suicídio na família, abuso sexual na infância, impulsividade/

agressividade, isolamento social, doenças incapacitantes/incuráveis, internação e/ou alta recente de internação psiquiátrica (*delirium*). Os fatores precipitantes são aqueles diretamente relacionados à tentativa de suicídio, como: ruptura de vínculos afetivos (desilusão amorosa, separação conjugal, conflitos relacionais), colapso existencial, derrocada financeira, perda de emprego, desonra, vergonha (*bullying*, rejeição), embriaguez e fácil acesso a um meio letal (principalmente).

Como não localizamos na obra de Botega (2015) referência nacional sobre suicídio e análise racializada desse fenômeno, podemos acrescentar à lista acima as desigualdades raciais, a vulnerabilidade social e o racismo institucional como fatores predisponentes relevantes para o suicídio entre os adolescentes e jovens negros. A microagressão, os racismos interpessoais e recreativos podem ser entendidos, por sua vez, como fatores precipitantes do ato suicida.

Como fatores de proteção, os autores do estudo sobre óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros (BRASIL, 2018) destacam que a rede social tem um papel importante na prevenção ao suicídio. Nesse sentido, medidas como o acompanhamento da frequência escolar, condições para a permanência na escola, no ensino superior e cotas raciais nas universidades são importantes na prevenção ao suicídio. Entende-se que o desenvolvimento do potencial dos adolescentes e jovens negros, principalmente quanto à liderança, o envolvimento em organizações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades de comunicação e o sentimento de pertencimento a uma comunidade os protegem contra os efeitos negativos da solidão e da baixa aceitação. Portanto, entende-se que permanecer em um ambiente escolar e ter amigos tem papel fundamental na prevenção ao suicídio entre adolescentes e jovens negros.

Outro aspecto negligenciado na discussão nacional sobre suicídio diz respeito ao baixo número de casos de morte por suicídio registrado entre mulheres negras adultas. Além dos autores brasileiros não caracterizarem suas amostras ou não analisarem o quesito

raça/cor, também poucas são as publicações que analisam em profundidade as questões gênero envolvidas nos óbitos por suicídio. As poucas análises encontradas sobre suicídio entre mulheres indicam que ocorre preferencialmente por enforcamento, são feitas diversas tentativas até o desfecho com o óbito e, frequentemente, o suicídio se associa a doenças degenerativas e comorbidades. Os fatores principais associados ao suicídio feminino são: depressão, violência de gênero e intrafamiliar, sofrimento por perdas de pessoas referenciais e da função tradicional como esposa e mãe (MINAYO; CAVALCANTE, 2013) e mulheres idosas se suicidam quando não podem mais cuidar e trabalhar (MENEGHEL *et al.*, 2012).

Em relação às mulheres negras, na literatura internacional encontramos a discussão sobre “o paradoxo do suicídio”, que procura entender como as mulheres negras se comportam numa sociedade em que deveriam ser tão ou mais propensas ao suicídio que mulheres brancas. Spates e Slatton (2017) indicam como fator de proteção para as mulheres negras estadunidenses, a forte orientação religiosa (autopreservação), uma maior capacidade de buscar apoio em familiares e amigos (suporte social) e a maternidade solteira (responsabilidade com suas crianças). Para as mulheres entrevistadas por essas autoras, o suicídio não é opção, pois significaria que elas seriam incapazes de cumprir os compromissos que haviam assumido e que a ideia de decepcionar amigos e familiares era insuportável. Em síntese, internalizavam a crença de que devem permanecer presentes para os membros de sua rede, mesmo que isso signifique suportar algumas das circunstâncias mais desafiadoras da vida.

Em se tratando do suicídio, a taxa na população indígena é uma das maiores registradas no país (PALMA; SANTOS; IGNOTT, 2020). Municípios como São Gabriel da Cachoeira, no Amazonas, com população majoritariamente indígena, lidera o *ranking* em suicídios com uma taxa de 50 casos por 100 mil habitantes, dez vezes maior

que a média brasileira. Entre os que cometeram suicídio, 93% eram indígenas (BATISTA; ZANELLO, 2016).

Um estudo feito com jovens Guarani-Kaiowá do Mato Grosso do Sul, com dados colhidos junto à FUNASA, de 2000 a 2008, mostrou que 410 indígenas desse grupo étnico se suicidaram, sendo o método mais frequente o enforcamento. A maioria deles eram homens abaixo de 29 anos (GUBRITS; FREIRE; NORIEGA, 2011). Nesse mesmo estudo se destacou que esse grupo de indígenas enfrentava problemas de disputas de terras e questões referentes à demarcação.

Ter terras demarcadas em área suficiente é um fator que diz respeito ao bem-estar e à promoção de saúde indígena. Contudo, a relação conflituosa e subalternizada com o Estado e com grupos de interesse político-econômico que entram em seus Territórios impacta de forma negativa no modo de vida desses povos (SOUZA, 2019). Além de ser uma questão de saúde pública, a temática do suicídio entre indígenas trata da violação de vários direitos e do envolvimento em situações que são sabidamente prejudiciais à saúde, como a insegurança quanto à moradia, a discriminação étnico-racial, o sentimento de vergonha e derrota – reforçado pela classe dominante (SILVA; PALHA JUNIOR; FEITOSA, 2019).

O colonialismo favorece continuamente a desagregação cultural desses povos, através da discriminação, marginalização e perda traumática das formas tradicionais de vida. O desrespeito e o combate ao modo de vida desses povos podem ser considerados gênese dos seus problemas em saúde mental, porque fazem com que essa população reviva o trauma histórico de apagamento de suas identidades cada vez que uma mineradora e/ou garimpo ilegal invadem seus territórios, assim como os portugueses invadiram suas terras há séculos.

Considerações finais

Finalizamos este capítulo destacando que, enquanto o extermínio de negros e indígenas continuar no Brasil, teremos a produção de sofrimento intenso e adoecimento físico e mental dessas populações. Nesse sentido, é urgente o fim das políticas de morte empreendidas pelo Estado brasileiro contra esses grupos.

É evidente a lacuna existente na pesquisa sobre os efeitos do racismo na saúde mental de negros e indígenas no Brasil. A negligência quanto à produção de estudos e sua divulgação em periódicos indexados pode estar associada a uma diversidade de fatores, como o racismo institucional e a permanência do racismo científico na formação dos/as profissionais do campo da saúde. É, portanto, imprescindível a adequação de currículos, instituições formadoras, veículos de divulgação científica e práticas clínicas às necessidades daqueles que representam a maioria numérica da população brasileira e são a principal clientela do SUS.

Portanto, em relação ao suicídio, além de esforços institucionais para o registro sistemático da variável raça/cor nos sistemas de informação em saúde, as pesquisas precisam considerar a história do suicídio entre negros e indígenas como ato de recusa a se submeter à violência da escravização.

Referências

BATISTA, Marianna Queiróz; ZANELLO, Valeska. Saúde mental em contextos indígenas: escassez de pesquisas brasileiras, invisibilidade das diferenças. **Estud. Psicol. (Natal)**, Natal v. 21, n. 4, p. 403-414, dez. 2016.

BERNI, Luiz Eduardo Valiengo. Psicologia e saúde mental indígena: um panorama para construção de políticas públicas. **Psicol. Am. Lat.**, México, n. especial, p. 64-81, nov. 2017.

BOTEGA, N. J. **Crise Suicida**: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Painel de Indicadores do SUS nº 10**. Temático Saúde da População Negra, v. VII. Brasília: Ministério da Saúde, MES, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas**. 2017b. Página Inicial. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/component/content/article/851-saude-mental/41047-politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>. Acesso em: 14 jul. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, Universidade de Brasília, 2018.

BRASIL. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019a.

_____. **Atlas da violência 2019**. Brasília; Rio de Janeiro; São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019b.

COOPER, Claudia *et al.* Perceptions of disadvantage, ethnicity and psychosis. **The British Journal of Psychiatry**, n. 192, p. 185-190, 2008. DOI: 10.1192/bjp.bp.107.042291.

CUEVAS, Adolfo G. *et al.* Mediators of Discrimination and Self-rated Health among African Americans. **Am J Health Behav**, v. 6, n. 37, p. 745-754, 2013.

DAMASCENO, Marizete G.; ZANELLO, Valeska M. L. Saúde mental e racismo contra negros: produção bibliográfica brasileira dos últimos quinze anos. **Psicol. Cienc. Prof.**, v. 3, n. 38, p. 450-464, 2018.

FARO, André; PEREIRA, Marcos Emanuel. Raça, racismo e saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse. **Estud. Psicol. (Natal)**, Natal, v. 16, n. 3, p. 271-278, dez. 2011.

GRUBITS, Sonia; FREIRE, Heloisa Bruna Grubits; NORIEGA, José Angel Vera. Suicídios de jovens Guarani/Kaiowá de Mato Grosso do Sul, Brasil. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 31, n. 3, p. 504-517, 2011.

GUIMARÃES, Liliana A. M.; GRUBITS, Sonia. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 45-51, abr. 2007.

JAMES, Drexler. Internalized Racism and Past-Year Major Depressive Disorder Among African-Americans: The Role of Ethnic Identity and Self-Esteem. **J. Racial and Ethnic Health Disparities**, v. 4, n. 4, p. 659-670, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40615-016-0269-1>. Acesso em: 20 jul. 2020.

KARLSEN S. *et al.* Racism, psychosis and common mental disorder among ethnic minority groups in England. **Psychol. Med.**, v. 35, n. 12, p. 1795-1803, 2005. DOI: 10.1017/S0033291705005830.

MENEGHEL, Stela Nazareth *et al.* Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1983-1992, ago. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800009>. Acesso em: 20 jul. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fatima Gonçalves. Estudo compreensivo sobre suicídio de mulheres idosas de sete cidades brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2405-2415, dez. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00048013>.

NELSON, A. Of Eggshells and Thin-skulls: a consideration of racism-related mental illness impacting Black women. **Int. J. Law Psychiatry**, v. 29, n. 2, p. 112-36, mar./abr. 2006. DOI: 10.1016/j.ijlp.2004.03.012.

PALMA, D. C. A.; SANTOS, E. S.; IGNOTTI, E. Análise dos padrões espaciais e caracterização dos suicídios no Brasil entre 1990 e 2015. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 1-13, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00092819>. Acesso em: 20 jul. 2020.

PARADIES Y. *et al.* Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLoS ONE**, v. 10, n. 9, p. 1-48, 2015. DOI: 10.1371/journal.pone.0138511.

PIETERSE Alex L. *et al.* Perceived racism and mental health among Black American adults: a meta-analytic review. **Couns Psychol**, v. 59, n. 1, p. 1-9, 2012. DOI: 10.1037/a0026208.

SILVA, Debora Linhares da; PALHA JUNIOR, Álvaro Pinto; FEITOSA, Maria Zelfa Souza. Juventude indígena e suicídio: diálogos transdisciplinares, campos de possibilidades e superação de vulnerabilidades. **Rev. Psicol. Polít.**, São Paulo, v. 19, n. 46, p. 556-569, 2019.

SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de. Mortalidade por suicídio entre crianças indígenas no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, supl. 3, p. 1-12, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00019219.

SMOLEN, Jenny Rose; ARAÚJO, Edna Maria de. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 4021-4030, 2017.

SPATES, Kamesha; SLATTON, Brittany C. I've Got My Family and My Faith: Black Women and the Suicide Paradox. **Socius: Sociological Research for a Dynamic World**, v. 3, p. 1-9, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2378023117743908>. Acesso em: 30 jul. 2020.

TAVARES, Jeane S. C. Suicídio na população negra brasileira: nota sobre mortes invisibilizadas. **Revista Brasileira de Psicologia**, v. 4, p. 73-75, 2018.

VIANNA, J. J. B.; CEDARO, J. J.; OTT, A. M. T. Aspectos psicológicos na utilização de bebidas alcoólicas entre os Karitiana. **Psicol. Soc.**, v. 24, n. 1, p. 94-103, abr. 2012. ISSN 0102-7182.

WAYHS, Dorneles A.; BENTO, Amaral Rezende B; QUADROS, Aguiar F. Políticas públicas em saúde mental indígena no Brasil. **Trayectorias Humanas Trascontinentales**, v. 4, p. 68-78. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.25965/trahs.1577>. Acesso em: 20 jul. 2020.

Sobre os autores

Amália Nascimento do Sacramento Santos

Enfermeira, Mestre e Doutora em Enfermagem. Docente do CCS/UFRB.

Ana Lúcia Barreto da Fonseca

Graduada em Psicologia e Serviço Social. Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo. Docente do CCS/UFRB.

Ana Lúcia Moreno Amor

Bióloga, Mestre em Patologia Humana e Doutora em Biotecnologia em Saúde. Docente do CCS/UFRB.

Beatriz Borges Brambilla

Psicóloga (CRP-06/98.368). Mestre em Psicologia da Saúde (UMESP). Doutora em Psicologia Social (PUC/SP). Docente da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

Carlos Antonio Assis de Jesus Filho

Bacharel em Saúde pela UFRB, estudante de medicina na UFRB, integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero, Raça e Saúde (NEGRAS/UFRB), integrante do grupo de extensão Saúde do Campo em Áreas de Reforma Agrária e integrante da Liga de Saúde da Família do Recôncavo da Bahia (LASF-Recôncavo).

Danielle Pinto Lima

Enfermeira obstetra graduada na Universidade Federal do Maranhão (2008). Possui pós-graduação em Enfermagem em Saúde da Mulher na modalidade residência pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP, Recife-PE. (2011). Mestre do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente na UFMA (2015).

Denize de Almeida Ribeiro

Licenciatura em Nutrição e Dietética pela Universidade do Estado da Bahia (1985), bacharelado em Nutrição pela Universidade do Estado

da Bahia (1993), especialista em Desigualdades Raciais na Educação pelo CEAO/UFBA, especialista em Saúde da Família pelo ISC/UFBA, Mestre em Saúde Comunitária (2002) e Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (2013). É professora da UFRB, atuando no Centro de Ciências da Saúde, CCS/UFRB.

Deysianne Gouveia Gomes

Enfermeira especialista em Saúde Coletiva com concentração em Monitoramento, Avaliação e Informação Estratégica. Responsável Técnica na Divisão de Atenção à Saúde Indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia DSEI –BA. Aluna do Mestrado Profissional em Saúde da População Negra e Indígena.

Djanilson Barbosa dos Santos

Doutor em Saúde Pública, Professor do Mestrado Profissional em Saúde da População Negra e Indígena, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Edna Maria de Araújo

Enfermeira, Doutora em Saúde Pública. Docente permanente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana e colaboradora do Programa de mestrado profissional em Saúde da População Negra e Indígena da Universidade Federal do Recôncavo.

Fernando Vicentini

Graduado em Tecnologia em Saúde, Mestre em Ciências Biológicas e Doutor em Doenças Infecciosas. Docente do Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (CCS/UFRB).

Glauber Andrade dos Santos

Biomédico. Mestrando do Programa de Mestrado em Saúde da População Negra e Indígena da UFRB. Servidor técnico do CCS/UFRB.

István Van Deursen Varga

Graduação em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo (1983), Mestrado em Ciência Social (Antropologia Social) pela Universidade de São Paulo (1995), Doutorado (2002) e pós-doutorado (2003) em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo.

Jeane Saskya Campos Tavares

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), mestre em Saúde Comunitária e doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (ISC/UFBA). Atualmente é professora adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) lotada no Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFRB).

Lais Alves de Lima Prisco

Possui graduação em Nutrição pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (2016) e Residência em Nutrição Clínica pela Universidade Federal da Bahia (2018). Atualmente é nutricionista do Hospital do Subúrbio (Salvador) com ênfase em pediatria.

Lorena Frigia de Assis Pedreira

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (2018) e graduação em Licenciatura em História pela Universidade Estadual de Feira de Santana (2003).

Marcos Paulo Santos Passos

Biomédico. Mestrando do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente da Faculdade Maria Milza, FAMAM.

Maria Carla de Jesus Souza

Técnica em Alimentos pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano- IF Baiano. Graduanda do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde com segundo ciclo em Nutrição, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia- UFRB.

Maria Clara Carneiro Bastos

Graduanda em Psicologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Bolsista PIBIC/CNPQ. Integrante do Núcleo

Interdisciplinar em Estudos sobre Desigualdades Sociais em Saúde (NUDES/UEFS).

Maria da Conceição Costa Rivemales

Enfermeira Sanitarista. Doutora em Enfermagem pela UFBA. Professora Adjunta da graduação em Enfermagem e do Curso de Especialização em Gestão em Saúde (modalidade EAD) da UFRB em parceria com a UAB/CAPES. Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da População Negra e Indígena. Pesquisadora do NEGRAS.

Mirian Santos Paiva

Enfermeira. Doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (2000). Pós-doutorado em Psicologia Social pelo Instituto Superior das Ciências do trabalho e da Empresa (2004). Atualmente é professora Titular da Universidade Federal da Bahia. Docente credenciada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFBA.

Nailza dos Santos Barbosa

Enfermeira Especialista em Cuidado Pré-Natal, Preceptoría no SUS e Gestão em Saúde e discente do Programa de Pós-graduação em Saúde da População Negra e Indígena - Mestrado Profissional do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Nidiane Evans Cabral Bacelar

Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia- UFRB; Pós-Graduação em Gestão em saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia; Pós-graduação em Enfermagem em cardiologia sob forma de Residência.

Raquel Souza

Socióloga e Doutora em Saúde Pública (FSP-USP), professora do IMS/CAT-UFBA.

Renan Vieira de Santana Rocha

Psicólogo (CRP-03/11.280). Mestre e Doutorando em Saúde Coletiva

(ISC/UFBA). Especialista em Saúde Coletiva (UFBA), em Gestão em Saúde (UNEB) e em Estudos Étnicos e Raciais (IFBA). Docente da Universidade Salvador (UNIFACS).

Rosa Cândida Cordeiro

Enfermeira, mestra e doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Docente nos cursos de Enfermagem e no Mestrado Profissional em Saúde da População Negra e Indígena da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

Washington Luan Gonçalves de Oliveira

Psicólogo (CRP-03/18.055) graduado pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Atualmente é discente no Programa de Mestrado Profissional em Saúde da População Negra e Indígena na UFRB, e é bolsista FAPESB. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero, Raça e Saúde (NEGRAS/UFRB).

O Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde da população Negra e Indígena, em seu primeiro ano de história com apenas uma turma de discentes, vem através desta obra, responder ao Edital N° 02/2020 EDUFRB - Coletânea Pesquisas e Inovações Tecnológicas na Pós-Graduação da UFRB. A comunidade acadêmica está organizada na área de concentração: Políticas e Ações de Saúde da População Negra e Indígena em suas duas linhas de pesquisa “Epidemiologia, Planejamento, Gestão em Saúde, Racismo Institucional e Iniquidades em Saúde” e “Conhecimentos tradicionais, adoecimento, cuidado, saberes e práticas de saúde e cura”. Dentro desta perspectiva, as experiências docentes que permitiram a construção dos primeiros projetos de mestrado, assim como, o acolhimento da primeira turma, ficam registradas historicamente neste primeiro livro. Espera-se que para além do registro, a obra sirva de orientação e reflexão permanente para uma longa vida de olhares acadêmicos sensíveis às demandas da nossa sociedade

ISBN 978-65-87743-41-7



9 7 8 6 5 8 7 7 4 3 4 1 7



Editora UFRB