

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Cidadanias possíveis e a saúde coletiva



Jaqueline Miotto Guarnieri
Luciane Maria Pilotto
Alexandre Fávero Bulgarelli
Aline Blaya Martins
Carolina Araújo Londero
Guilherme Lamperti Thomazi
Larissa Goni Murussi
Renata Riffel Bitencourt

ORGANIZADORES

editora

redeunida


UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL





A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 300 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página

<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



ORGANIZADORES

Jaqueline Miotto Guarnieri

Luciane Maria Pilotto

Alexandre Fávero Bulgarelli

Aline Blaya Martins

Carolina Araújo Londero

Guilherme Lamperti Thomazi

Larissa Goni Murussi

Renata Riffel Bitencourt

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Cidadanias possíveis e a saúde coletiva



1ª Edição

Porto Alegre

2024

editora



redeunida

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla e Hêider Aurélio Pinto**

Editores Associados: **Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Stephany Yolanda Ril, Vanessa Iribarrem Avena Miranda, Virginia de Menezes Portes.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);

Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);

Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);

Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);

Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha);

Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);

Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);

Èrica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);

Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);

Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);

Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);

João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);

Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/ Amazonas, Brasil);

Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);

Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);

Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);

Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);

Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);

Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);

Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);

Maria Augusta Nicolli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);

Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);

Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);

Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);

Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco);

Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);

Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);

Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);

Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);

Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);

Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);

Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);

Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);

Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza

Jaqueline Miotto Guarnieri

Camila Fontana Roman

Carolina Araújo Londero

Revisão

Tiago Estrela

Capa | Diagramação

Lucia Pouchain

Ilustração Capa

Clarissa Cavalcanti Fatturi Parolo

A avaliação, seleção e revisão inicial foi realizada de forma aberta e por pares:

Alexandre Fávero Bulgarelli

Aline Blaya Martins

Andreas Rucks Varvaki Rados

Camila Fontana Roman

Carolina Araujo Londero

Caroline dos Santos Mendes de Oliveira

Cintia Rigotto

Fernanda Rocha

Frederico Viana Machado

Geruza Tavares D'Ávila

Guilherme Lamperti Thomazi

Jaqueline Miotto Guarnieri

Larissa Murussi

Luciane Maria Pilotto

Luísa Santini Pinheiro

Maria Eduarda Ferreira de Andrade

Maurício Lopes

Paulo Antonio Barros Oliveira

Renata Riffel Bitencourt

Tatiane Maria Silva Avila

Thaís Botelho

Victoria Figueiredo Ribeiro

A obra foi financiada por recursos do Programa de Apoio à Pós-Graduação – PROAP/CAPES

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

C565

Cidadanias possíveis e a saúde coletiva/ Jaqueline Miotto Guarnieri; Luciane Maria Pilotto; Alexandre Fávero Bulgarelli; Aline Blaya Martins; Carolina Araújo Londero; Guilherme Lamperti Thomazi; Larissa Goni Murussi; Renata Riffel Bitencourt (Organizadores) – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024.

317 p. (Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v.61).

E-book: 5.60 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-169-4

DOI: 10.18310/9786554621694

1. Saúde Pública. 2. Cidadania em Saúde. 3. Participação Social. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 108

CDU 614

Catálogo elaborado pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



Todos os manuscritos apresentados neste volume passaram por um processo de revisão por pares aberta, no qual tanto as pessoas avaliadoras como as autoras foram identificadas. A revisão teve como objetivo garantir a qualidade, a relevância, a consistência acadêmica dos conteúdos, a transparência e a redução de vieses.

As opiniões expressas nos textos são de responsabilidade exclusiva das autoras e dos autores e não refletem necessariamente a posição ou os pontos de vista dos organizadores desta publicação. As autoras e os autores são integralmente responsáveis pela veracidade das informações, pela precisão dos dados apresentados e pelo conteúdo das respectivas contribuições.

SUMÁRIO

SAÚDE COLETIVA E AS MÚLTIPLAS DIMENSÕES DA CIDADANIA | APRESENTANDO UM LIVRO SOBRE GÊNEROS, SEXUALIDADES, SAÚDE, MULHERES, RACISMOS, FEMINISMOS... 11

Stela Nazareth Meneghel

SEÇÃO 1 | VIVÊNCIAS, INTERSECÇÕES E RELATOS FORTALECENDO A CONSTRUÇÃO DE UMA CONSCIÊNCIA CRÍTICA PARA A SAÚDE DA MULHER..... 25

CIDADÃ BRASILEIRA: NARRATIVAS DE UMA TRAVESTI IDOSA... 27

Joel Hirtz do Nascimento Navarro, Jésio Zamboni, Maria Angélica Carvalho Andrade

EXPERIÊNCIAS DE JOVENS TRANS, TRAVESTIS E NÃO BINÁRIOS COM SERVIÇOS DE SAÚDE: POSSIBILIDADES E LIMITES NO ACESSO AO CUIDADO 53

Guilherme Lamperti Thomazi, Hevelyn Rosa, Nathália Pacífico de Carvalho, Cristiane da Silva Cabral

MORTALIDADE MATERNA E INTERSECCIONALIDADE 81

Cíntia Rigotto Silveira

INTERSECCIONALIDADE E GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA A SAÚDE DA MULHER..... 97

Amanda Ferreira de Carvalho, Carolina Araujo Londero, Maíra Brandli Oliveira

REVISÃO DE LITERATURA SOBRE A CONSTRUÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....119

Amanda Ferreira de Carvalho, Frederico Vianna Machado

PERFIL DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO DISTRITO FEDERAL NOS ANOS DE 2015 A 2018.....141

Samara Fernandes da Cunha Lemes da Abadia, Andrei Fernandes da Rocha, Bruna dos Passos Gimenes, Gabriela Tizianel Aguilar, Guilherme Lamperti Thomazi

MULHERES E O SOFRIMENTO SOCIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO DE MULHERES USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DE UM CAPS AD165

Milena Basso, Igor Sastro Nunes

DOR SILENCIOSA, EXCLUSÃO VISÍVEL: VIVÊNCIA DE MULHERES COM FIBROMIALGIA E ARTRITE REUMATOIDE 183

Cléia Saionara Hoffmann, Alessandra Porto d'Ávila, Tácia Borges de Oliveira Miller, Thayane Regina Gonçalves, Anahí da Silva da Cunha Guimarães

REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO A PESSOAS COM SÍNDROME DE DOWN E OUTRAS CONDIÇÕES205

Jessica da Silveira Saldanha, Melissa Lemes Maia, Anahí da Silva da Cunha Guimarães, Vilma Constancia Fioravante dos Santos, Adriana Roese Ramos

**SEÇÃO 2 | EQUIDADE E O PROTAGONISMO DA SAÚDE
COLETIVA NA BUSCA POR UMA CIÊNCIA EMANCIPATÓRIA E
ANTICOLONIAL221**

**NA UNIVERSIDADE, O PRECONCEITO SE ATUALIZA COMO
DESSUBJETIVAÇÃO AO LONGO DA FORMAÇÃO: UMA
DISCUSSÃO ACERCA DO RACISMO E BRANQUITUDE NA
SAÚDE223**

Rose Mari Ferreira, Alcindo Antônio Ferla

**RACISMO E A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL: UMA
REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA241**

*José Gabriel Ferroni Leão, Cláudia Rodrigues de Oliveira, Maria Luíza
Lucas dos Santos, Fernanda Carlise Mattioni, Deise Lisboa Riquinho,
Cristianne Maria Famer Rocha*

**MIGRANTES E REFUGIADOS EM PORTO ALEGRE: “A DOENÇA QUE
OS MIGRANTES TÊM NÃO É O HOSPITAL QUE RESOLVE”263**

Geisa Neutzling de Moraes, Aline Blaya Martins

FEMINISMOS E SAÚDE COLETIVA: DIÁLOGOS NECESSÁRIOS289

*Carolina Araujo Londero, Amanda Ferreira de Carvalho, Máira Brandli
Oliveira, Jaqueline Miotto Guarnieri, Luciane Maria Pilotto*

SOBRE AS/OS ORGANIZADORAS/ES305

SOBRE AS/OS AUTORAS/ES307

ÍNDICE REMISSIVO315



SAÚDE COLETIVA E AS MÚLTIPLAS DIMENSÕES DA CIDADANIA

APRESENTANDO UM LIVRO SOBRE GÊNEROS, SEXUALIDADES, SAÚDE, MULHERES, RACISMOS, FEMINISMOS...

Stela Nazareth Meneghel

Este texto apresenta o livro: **Cidadanias possíveis e a saúde coletiva**, uma obra que aborda diversos temas caros à saúde coletiva, escrita em muitas mãos pelos mestrandos e professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/UFRGS e de outros programas e serviços brasileiros, atendendo ao chamado de um edital. Os 13 capítulos e os temas abordados contemplam gênero, sexualidade, saúde sexual e reprodutiva, interseccionalidades, racismos, mulheres. Compõem múltiplos recortes, perspectivas e caminhos, apontando para a diversidade do que é ser mulher.

Já no primeiro capítulo denominado *Cidadã brasileira: narrativas de uma travesti idosa* conhecemos *Deusa*, uma travesti com 73 anos, se defrontando com velhos e novos preconceitos, que nos conta, de modo bem-humorado, sua história de vida e de

resistência no enfrentamento das violências e discriminações. Relata perdas afetivas, laborais, econômicas e aponta para a importância de lutar para a diversidade de gêneros que têm marcado o debate e as reivindicações dos movimentos sociais LGBTQIA+.

O texto *Experiências de jovens trans, travestis e não binários com serviços de saúde: possibilidades e limites no acesso ao cuidado* resulta de uma pesquisa multicêntrica realizada em várias cidades brasileiras, com o objetivo de analisar as experiências de jovens trans, travestis e não binários nos serviços e a atenção prestada por profissionais de saúde. Os autores discutem a constituição de sexo/gênero como tecnologias sociais e políticas e argumentam, a partir de autores como Paul Preciado (2017), que a lógica cisheteronormativa fundamenta as políticas de saúde e as práticas profissionais. A análise das aproximadamente 200 entrevistas realizadas com jovens de várias cidades brasileiras concluiu que as políticas públicas de saúde assumem um papel ativo na produção e reprodução da diferença sexual, incluindo seus efeitos perversos de hierarquização, estigmatização e discriminação de pessoas.

Esses textos diversos remetem aos conceitos de desigualdade e diferença que tem se destacado no debate contemporâneo ao focar a heterogeneidade de culturas, de grupos e de identidades. A diversidade emerge em meio às relações de poder e ao crescimento das desigualdades na etapa neoliberal do capitalismo. E desafia a possibilidade de articulação entre políticas de distribuição de renda e políticas de identidade, entre as desigualdades e a diversidade presente nas propostas de políticas públicas (Gomes, 2012).

Um livro que fala de gênero, mulheres e feminismos. E para falar sobre mulheres tão diversas, uma ferramenta potente que não poderia ser descurada é a interseccionalidade, conceito construído por Crenshaw (2002) que opera com a interação entre três eixos de subordinação, identificando a forma pela qual o racismo, o patriarcado e a opressão de classe se articulam e cimentam desigualdades.

Interseccionalidade é um conceito que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação, tratando especificamente a forma pela qual o racismo, o patriarcado, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias e classes. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (Crenshaw,1989). O ponto nodal dessa reflexão é justamente a interação entre os marcadores sociais da diferença, ou seja, não basta apenas identificá-los, se não se localizar os pontos da intersecção e a superposição das vulnerabilidades que incidem nos mesmos grupos, de modo que esta é uma das principais dificuldades da teoria interseccional.

A interseccionalidade constitui uma possibilidade teórica e prática capaz de desvendar e impactar sobre o processo que mantém o sistema hierárquico de poder entre homens e mulheres, brancos e negros, ricos e pobres. A opção pela análise pautada na interseccionalidade aparece em vários capítulos do livro. No texto

Mortalidade materna e interseccionalidade, as autoras mostram que a hipertensão, uma morbidade evitável e mais prevalente nos estratos de baixa renda da população, segue sendo a principal causa de morte materna no Brasil, atingindo predominantemente mulheres negras e pobres. Isso ocorre devido às inequidades no atendimento prestado a essas mulheres e não por razões biológicas e genéticas, que podem constituir um viés para ocultar as desigualdades econômicas e raciais.

Outro texto que traz a perspectiva teórica da interseccionalidade é *Interseccionalidade e Gravidez na adolescência: desafios e perspectivas para a saúde da mulher*. Nele, as autoras pontuam a questão social presente na maternidade precoce e apresentam dados estatísticos mostrando, que no Brasil ocorreu diminuição da natalidade neste grupo etário. A maioria das adolescentes gestantes é negra e pobre, grande parte delas precisam interromper os estudos após o parto, de modo que essas jovens mães permanecem sem perspectivas de ascensão social. Trabalhar essas questões de modo interseccional significa ampliar a discussão para incluir a determinação social da saúde e da doença (Breilh, 2023), usando o operador *perfil epidemiológico de classe* que ultrapassa uma análise baseada nas características demográficas das pessoas. Um terceiro texto *Revisão de literatura sobre a construção da gravidez na adolescência como problema de saúde pública* aborda o tema da gravidez na adolescência por meio de uma revisão narrativa, um ensaio que inclui tanto os aspectos saudáveis quanto as limitações e consequências na vida de jovens que engravidam na adolescência.

Ainda, um aspecto conceitual e operacional em relação à interseccionalidade refere-se à operacionalização do método. Pode ocorrer invisibilidade interseccional, em situações que apenas uma perspectiva – gênero, raça ou classe social - está sendo considerada, não incluindo a totalidade dos marcadores sociais da desigualdade. E, em relação ao gênero, Crenshaw considera que pode haver duas possibilidades de erro: a superinclusão (quando tudo passa a ser atribuído ao gênero) e a subinclusão (quando o gênero permanece invisibilizado) (Assis, 2019).

A questão reprodutiva de jovens e mulheres presente nos capítulos sobre mortalidade materna e gravidez na adolescência remete à Silvia Federici (2019) ao apontar que o entendimento do movimento de mulheres acerca do trabalho reprodutivo tornou possível a compreensão de que o capitalismo depende de um tipo particular de trabalhador e, portanto, precisa para se manter de um tipo particular de família, de sexualidade e de procriação.

Essa imposição do capitalismo levou, segundo Federici, a uma reformatação da esfera privada como um local de relações de produção. No início dos anos 70, a luta das mulheres já não era invisível e repudiava a divisão sexual do trabalho com suas implicações: a dependência econômica dos homens, o confinamento ao trabalho doméstico não remunerado, a procriação e a sexualidade controladas pelo Estado. E, ao contrário do que se pensa, essa crise não estava limitada às mulheres brancas de classe média, pois nos Estados Unidos o movimento de luta foi formado basicamente por mulheres negras que, sabendo do valor econômico do trabalho reprodutivo, lutaram pelos benefícios da assistência social como

um direito. Esses movimentos fizeram com que as Nações Unidas intervissem no campo das políticas feministas, canalizando a política de libertação das mulheres dentro de um quadro compatível com os planos do capital internacional e da agenda neoliberal.

Nesse processo de lutas, as políticas que proíbem o aborto podem ser decodificadas como dispositivos para a regulação da oferta de mão de obra, que precisa do incremento de políticas natalistas para que não falem trabalhadores, nem exércitos de reserva. A resistência das mulheres incluiu a diminuição das taxas de natalidade, principalmente nos países do norte e o aumento do número de divórcios, eventos que podem ser lidos como instâncias de enfrentamento à disciplina capitalista do trabalho (Federici, 2017).

Por outro lado, mais recentemente, como uma reação aos movimentos sociais libertários ocorreu a emergência da ultradireita valendo-se dos fundamentalismos religiosos, do conservadorismo e de um nacionalismo chauvinista para propor ações que sufocam economicamente as classes populares e incidem ideologicamente sobre a família e sobre o papel das mulheres, induzindo-as a se submeterem às pautas do patriarcado.

No itinerário das experiências e vivências descritas neste livro, há um espaço denso, com vários textos que tematizam a dor vivida pelas mulheres. Doenças que produzem sofrimento e mal-estar, muitas das quais não são ouvidas, tratadas e cuidadas. Dores que podem ser minimizadas, desacreditadas, silenciadas. Neste grupo de textos, há o capítulo que se refere às mulheres e meninas que sofrem violências de cunho sexual: *Perfil da mulher vítima de violência sexual no Distrito Federal nos anos de 2015*

a 2018. Sabe-se que violência sexual é um dos tipos de agravo que mais gera sofrimento, além da culpa, medo, dores físicas e psicológicas, podendo perdurar por toda a vida. Meninas abusadas sexualmente na infância por familiares que deveriam cuidá-las têm alta prevalência de ingresso na prostituição e altas taxas de suicídio na vida adulta (Bedi *et al.*, 2011).

A dor mesclada ao preconceito ou o sofrimento que deve ser silenciado aparece em um capítulo que descreve a atenção a mulheres prestada em um CAPS-AD dirigida a mulheres que usam substâncias psicoativas: *Mulheres e o sofrimento social: um relato de experiência do acompanhamento de mulheres usuárias de substâncias psicoativas de um CAPS-AD*. Neste trabalho, autor e autora mostram que o preconceito em relação ao uso de álcool, drogas e substâncias psicoativas é maior quando se trata de mulheres, havendo maior tolerância social com usuários masculinos. A adição a medicamentos é um comportamento social fácil de ocorrer, pois na sociedade ocidental a medicalização de situações sociais tem sido corriqueira, de modo que mulheres que estão em sofrimento devido a violências, a problemas conjugais ou laborais, muitas vezes são medicadas com psicofármacos, porém se elas se tornam aditas são estigmatizadas e punidas. Neste trabalho no CAPS-AD, aparece a dificuldade dos profissionais para acolher as mulheres em encontros grupais, pois elas têm limitações de tempo devido ao trabalho e às tarefas domésticas. Há urgência de ampliação da atenção em saúde mental na atenção básica e aumento do número de CAPS, substituídos nos últimos anos por comunidades terapêuticas de cunho religioso, incapazes de promover cuidado adequado.

Los planteamientos críticos dentro del seno de la psicología señalan cómo se acaba medicalizando y psicologizando malestares/tensiones/contradicciones que son de origen social. Así los malestares quedarían – podríamos decir – neutralizados; ya no desvelan las posibles injusticias de las que nacen, sino que se sitúan en el terreno de lo individual, mostrando un fracaso personal, íntimo o como mucho del grupo familiar. Así, se logra desviar la mirada (San Martín, 2007, p. 173).

Ainda falando da dor, o capítulo *Dor silenciosa, exclusão visível: vivência de mulheres com fibromialgia e artrite reumatoide*, escrito por cinco mulheres, duas das quais vivendo com essas condições crônicas é um texto vivo que mostra o quão pouco se sabe em relação ao cuidado a pessoas que vivem com estas enfermidades e em relação à experiência de viver com a doença, que inicia com a dor do diagnóstico, continua pelo caminho pontilhado por medos, angústias, fragilidades, depressão e desânimo. Idas e vindas até a fase de aceitação. *Mulher Branca e Mulher Preta*, elas se autodenominaram, querendo contar de si e partilhar o itinerário percorrido com a doença, acompanhado pela dor e pelo medo das sequelas, das limitações e da cronicidade. O texto mostra a necessidade de saber mais sobre essas condições, entender mais, se sensibilizar mais e cuidar mais destas pessoas.

Um último texto que trabalha a dor, nesse caso uma condição que também produz exclusão *Reflexões sobre o cuidado a pessoas com síndrome de Down e outras condições* está pautado na dor produzida pela vergonha de sofrer ou ter alguém vivendo com essa síndrome marcada pela rejeição social e pela exclusão. A proposta

que inclui reflexão e enfrentamento relata um projeto de extensão denominado Coletivo Cuidado Down, que se declara comprometido com a defesa e fomento do conhecimento acadêmico, social e político da Síndrome de Down e outras condições, incluindo a luta anticapacitista e antirracista, a perspectiva interseccional e o protagonismo feminino.

RACISMOS E MIGRAÇÕES

O racismo é uma ideologia fundante da sociedade brasileira, cujo processo de colonização baseou-se no trabalho da mão de obra escravizada e na superexploração dos recursos naturais. A primeira mercadoria do sistema colonial, que prosseguiu no capitalismo, foi o corpo negro escravizado. Esse processo não ocorreu apenas em termos de opressão, mas continua presente na organização social, política e econômica do país e a escravidão moderna viabilizou-se tendo na violência, na repressão, no medo e no encarceramento elementos fundamentais para a sujeição e subjugação dos corpos negros (Borges, 2018).

Dois textos sobre o racismo compõem esta coletânea. *Na universidade, o preconceito se atualiza como dessubjetivação ao longo da formação: uma discussão acerca do racismo e da branquitude na saúde.* Uma exposição que denuncia o racismo no contexto universitário, presente desde o atendimento a mulheres negras gestantes no Ambulatório de Atenção em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e que constituiu o trabalho de campo do mestrado de uma das autoras até a

inexpressiva presença de docentes negros na Universidade. A fundamentação teórica do texto e seus desdobramentos são densos, sensíveis e atuais. A reflexão pautada nos dados empíricos e na literatura, matizada pela emoção, pela indignação e pela militância antirracista dos autores, convoca o/a leitor/a para prosseguir na luta contra o racismo e contra quaisquer discriminações.

Racismo e a saúde da população negra no Brasil: uma revisão narrativa da literatura é o segundo texto que aborda o tema do racismo. As referências bibliográficas selecionadas foram sistematizadas em quatro categorias de análise: *racismo institucional; iniquidades; saúde mental e políticas públicas para a população negra*. A revisão demonstrou mais uma vez o quanto o racismo está presente na área da saúde, observado no tratamento diferenciado e preconceituoso de profissionais em relação à população negra, no desconhecimento da Política Nacional de Atenção à População Negra e na necessidade de acolhimento adequado a pessoas portadoras de sofrimento mental decorrente do racismo.

Movimento e migração são as condições de definição histórica da humanidade, afirmou Stuart Hall (2003, p.55), um tema que está ligado ao racismo, já que muitos migrantes são oriundos de países do sul global, pobres, racializados e culturalmente diversos. O texto que faz parte desta coletânea chama-se *Migrantes e refugiados em Porto Alegre: “a doença que os migrantes têm não é o hospital que resolve” e resulta de uma pesquisa de mestrado com objetivo de identificar as ações de apoio e de saúde das instituições que atuavam com migrantes e refugiados no Rio Grande do Sul, principalmente haitianos, venezuelanos e senegaleses*. No percurso da pesquisa, as autoras identificam várias categorias que refletem

a determinação social do fenômeno migratório: o trabalho e a exploração do homem pelo homem; as discriminações de gênero que vulnerabilizam triplamente as mulheres; a sobrevivência em terras que se dizem acolhedoras, mas são inóspitas; o racismo e a diversidade cultural, que em vez de criar, segmentam. Comovedora foi a escolha dos nomes para os e as depoentes, nomes retirados do panteão dos libertadores e que fazem o leitor sentir-se tocado pelas palavras. Palavras de Léopold Sédar Senghor, Simon Bolívar, Toussaint L'Ouverture e Suzanne Sanité Bélair. Libertadores.

E para fechar esta coletânea que tem a digital da diversidade trazemos outra vez a questão de gênero, a questão das mulheres, porém afirmando outra vez, sem descuidar os outros componentes da interseccionalidade: a classe e a raça, apostando *na força subversiva do hibridismo, da impureza, da mistura, da transformação que vem de novas e inusitadas combinações dos seres humanos, culturas, ideias, filmes e canções, que é a maneira com que o novo entra no mundo!* (Hall, 2003, p. 34).

Feminismos e saúde coletiva: diálogos necessários, um texto que apresenta as várias ondas do movimento de mulheres, a ampliação dos temas e ações que fazem parte da agenda feminista enfatizando o protagonismo de algumas mulheres que trouxeram aportes estruturais para o pensamento feminista, além das lutas que se divisam e das lutas que ainda precisam ser protagonizadas.

Há três correntes no movimento feminista que se opõem em relação à definição da opressão das mulheres e suas estratégias políticas: o feminismo radical, o socialista e o liberal. Um rápido olhar acerca dessas perspectivas mostra que a corrente liberal,

um feminismo reformista, pauta-se na promoção de valores individuais e na luta pela total igualdade entre homens e mulheres. Já, o movimento socialista de liberação das mulheres almeja uma transformação das estruturas existentes por meio da luta de classes, enquanto as feministas radicais querem implodir o sistema patriarcal (Foygeyrollas-Schwebel, 2009).

Outro ponto importante de discussão diz respeito aos diversos tipos de ações necessárias para se alcançar a justiça social. Nancy Fraser (2002) aponta problemas decorrentes da substituição das lutas sociais pela redistribuição aquelas fundamentadas nos critérios econômicos que defendem não só a transferência de rendimentos, mas a reorganização da divisão social e sexual do trabalho, a transformação da estrutura de posse da propriedade e a democratização das decisões sobre os investimentos na sociedade – pelas lutas em prol do reconhecimento – aquelas que abarcam outros eixos de subordinação, incluindo a diferença sexual, a raça, a etnicidade, a sexualidade, a religião e a nacionalidade. No contexto de um neoliberalismo em ascensão, centrar o foco apenas nas questões identitárias pode ocasionar uma perda que, em vez de abarcar tanto a redistribuição quanto o reconhecimento, pode resvalar para a substituição de um economicismo limitado por um culturalismo conservador, implicando na perda de direitos duramente conquistados pelas mulheres (Meneghel, 2009).

E, para fechar a apresentação deste livro, que representa o nosso desejo não apenas de saber mais, mas de saber para poder fazer melhor, para poder mudar a parcela que nos toca, não se pode deixar de citar Angela Davis, guia intelectual e espiritual, mulher infatigável,

exemplo de coragem e de esperança. As palavras são de Djamilia Ribeiro, prefaciando a edição brasileira de Angela, o clássico: *Mulheres, raça e classe* (2016) e nos convidando a ler a obra. Diz ela e repito:

Davis traz as inquietações necessárias para que o conformismo não nos derrote. Pensa as diferenças como fagulhas criativas que podem nos permitir interligar nossas lutas e nos coloca o desafio de conceber ações capazes de desatrelar valores democráticos de valores capitalistas. Essa é sua grande utopia. Nessa construção, para ela, cabe às mulheres negras um papel essencial, por se tratar do grupo que, sendo fundamentalmente o mais atingido pelas consequências de uma sociedade capitalista, foi obrigado a compreender, para além de suas opressões, a opressão de outros grupos. Mulheres, raça e classe é a tradução do conceito de interseccionalidade!

REFERÊNCIAS

BEDI, S. *et al.* Risk for suicidal thoughts and behavior after childhood sexual abuse in women and men. *Suicide. Life Threat Behavior*, v. 41, n. 4, p. 406-415, 2011.

BORGES, J. **O que é encarceramento em massa?** Belo Horizonte: Letramento: Justificando, 2018.

BREILH, J. **Epidemiología crítica y la salud de los pueblos.** Ciencia ética y valiente en una civilización malsana. Quito: Universidad Andina Simon Bolivar, 2023.

CONCEIÇÃO DE ASSIS, D. **Interseccionalidades.** Salvador: UFBA, 2019.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativa a gênero. *Rev Est Fem.*, p. 171-88, 2002.

CRENSHAW, K. **Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics.** University of Chicago Legal Forum, 1989: Iss. 1, Article 8.

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

FEDERICI, S. **O ponto zero da revolução**. Trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. São Paulo: Editora Elefante, 2019.

FOYGEYROLLAS- SCHWEBEL, D. Movimentos feministas. *In*: HIRATA, H.; LABORIE, F.; LE DOARÉ, H.; SENOTIER, D. (orgs.). **Dicionário Crítico do Feminismo**. São Paulo: Editora UNESP, 2009. p. 144-148.

FRASER, N. A justiça social na globalização: redistribuição, reconhecimento e participação. **Rev Crit Cienc Soc.**, v. 63, p. 7-20, 2002.

GOMES, N. Desigualdades e diversidade na educação. **Educação & Sociedade**, v. 33, n. 120, p. 687-693, 2012.

HALL, S. **Da diáspora**: identidades e mediações culturais. Belo Horizonte: Ed. UFMG; Brasília: Representação UNESCO Brasil, 2003.

MENEGHEL, S. N. Será a universidade imune às transformações sociais? **Interface (Botucatu)**, v. 23, p. e190577, 2019.

PRECIADO, P. **Manifesto Contrassexual**. São Paulo: n -1 edições, 2017.

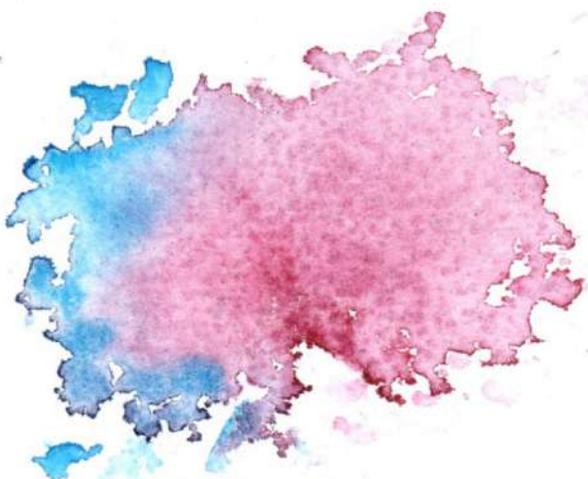
RIBEIRO, D. Prefácio. *In*: DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.

SAN MARTIN, C. Discursos psicológicos difíciles de digerir o en torno de la psicologización generizada de los malestares. *In*: Biglia, B.; San Martin, C. (coords.). **Estado de Wonder Bra**. Entretejiendo narraciones feministas sobre las violencias de género. Bilbao: Virus Editorial, 2017. p. 171-188.



SEÇÃO 1

**VIVÊNCIAS, INTERSECÇÕES
E RELATOS FORTALECENDO
A CONSTRUÇÃO DE UMA
CONSCIÊNCIA CRÍTICA PARA A
SAÚDE DA MULHER**



CIDADÃ BRASILEIRA: NARRATIVAS DE UMA TRAVESTI IDOSA

Joel Hirtz do Nascimento Navarro
Jésio Zamboni
Maria Angélica Carvalho Andrade

INTRODUÇÃO

Essa é a história de uma *cidadã brasileira: Deusa*. Suas narrativas carregam rastros dos cotidianos experimentados por muitos de nós, brasileiros e brasileiras. Mas, essas mesmas narrativas, também carregam detalhes e atravessamentos que, somente aquelas pessoas que desmascaram os sistemas epistemológicos/ontológicos que produzem e nos impõem categorias de gênero, podem contar. A vida de Deusa, principal personagem dessa narrativa, não estava em conformidade com o que é considerado um gênero válido em nossas sociedades. A propósito, vou chamá-la de Deusa porque foi assim que uma de suas amigas se referiu a ela: “Era uma deusa!”, disse Elis.

Nesse sentido, início essa narrativa questionando quais são os itinerários percorridos pelas pessoas trans para terem seus direitos conquistados e/ou garantidos? Por que somente depois de algo muito ruim atingir alguém ou uma determinada população, as nossas sociedades decidem elaborar leis para proteger grupos que, possivelmente, estão mais expostos às violências, à deterioração das

suas redes de apoio sociais e econômicas, ao dano e à morte? Por que para alguns corpos essa maior exposição ao dano é permitida? E quando criadas essas leis de “proteção”, isso é suficiente para que esses grupos possam usufruir de seus direitos? Foi a partir das histórias de Deusa que esses questionamentos atravessaram meu corpo enquanto narrador e possibilitaram a escrita da presente narrativa.

CIDADÃ BRASILEIRA

Na tarde que eu conversava com Elis no seu local de trabalho – ocasião em que sugeriu que eu voltasse o olhar e a escuta às histórias de travestis idosas¹ – Deusa inesperadamente chegou e entrou na conversa dizendo: “Eu tenho história! Eu tenho uma história linda, mas a gente não é valorizada! Sabe como é né, meu filho?”. E foi assim que tudo começou...

Deusa era uma travesti idosa com 73 anos, branca, “Uma das antigas!”, como se referiu Elis a ela. Nessa primeira ocasião que vi Deusa, ela utilizava uma bengala como auxílio para caminhar, pois sofreu uma queda na escada do prédio onde morava. Fraturou um osso da coxa, o fêmur e, estava se recuperando. Caminhava com certo desequilíbrio e dificuldade. Começou a conversar comigo depois de ser a mim apresentada e escutar que eu gostaria de ouvir histórias de travestis idosas.

No início da conversa com Deusa, me desloquei do papel daquele pesquisador que vai ao campo em busca de respostas para

1 Nessas histórias, conforme a classificação estabelecida no Brasil pelo Estatuto do Idoso, utilizo o termo “travesti idosa” para me referir àquelas que têm idade cronológica igual ou superior a 60 anos (Brasil, 2003).

perguntas previamente pensadas e que deveriam ser restritamente respondidas, munido de roteiros de questionamentos fixos, ao encontro do narrador, do ouvinte atento ao novo e inesperado, às histórias que aquela travesti queria me contar. Deusa continuou falando e disse que foi a primeira travesti a ganhar o título de cidadã da sua cidade. “Tu sabe o que é isso guri? Ser cidadã para uma travesti? Tu sabe o que significa essa palavra? CIDADÃ? Eu tenho muitas histórias para te contar! E tudo que eu te falar é verdadeiro, eu te falo uma coisa e te mostro um documento, uma foto. Ao contrário de muitas aí que ficam inventando coisas”.

Deusa, assim como diversas travestis, saiu da casa da sua família biológica ainda muito jovem, com 14 anos. Vivia em uma cidade litorânea, o local é conhecido por ter uma das praias mais extensas do mundo. Seus familiares, presos à estrutura binária que se pensa e define o conceito de gênero, não compreendiam sua identidade travesti, fazendo do seu lar, um local onde o respeito não morava. Deusa seguiu seus sonhos e não desistiu de si, começou a traçar sua estrada rumo à capital do seu estado, levando pouco no sentido material, mas com muita potência para batalhar por sua vida. Batalhar por seu direito de ser travesti. E assim aconteceu durante os anos que seguiram.

Ao chegar à capital, trabalhou durante muito tempo atuando em espetáculos² nos cabarés da cidade. Esses estabelecimentos eram geralmente instalados em casas grandes, com vários ambientes, eram também chamados de palácios pelas travestis. No seu interior, garçons serviam variadas opções de bebidas e era

² Deusa contou que naquela época não usavam o termo “show”, mas sim “espetáculo”, expressão que será mantida nessa história.

muito comum terem pistas de dança para aproximar as pessoas que frequentavam esses locais. Geralmente ouvia-se samba de gafeira ou bossa nova... Deusa contou que os cabarés da sua época, por volta do final dos anos 1970, viviam seu auge. Eram geralmente frequentados por policiais, generais, fazendeiros, muitos dos quais eram casados com mulheres cisgênero.

Disse diversas vezes, referindo-se a si mesma que, “Era belíssima! Uma das mais bonitas da capital”. Seus espetáculos eram considerados de alto nível por todo público que frequentava os palácios onde se apresentava. Outras travestis da capital contam que Deusa era admirada pelo carisma e beleza que sempre carregava consigo. Nesses cabarés era comum que somente as mulheres cisgênero se apresentassem. Ela era uma exceção que tinha as portas abertas nessas casas onde, segundo ela, apenas as travestis estritamente selecionadas podiam entrar. O fato de ser considerada muito bonita e realizar apresentações com muito prestígio faziam que os proprietários dos cabarés permitissem sua entrada e contratassem seus espetáculos.

Deusa também era a líder de uma equipe de mulheres cisgênero que sempre levava em seus espetáculos, as quais, frequentemente, se apresentavam vestidas com maiôs belíssimos. No entanto, Deusa sempre foi a artista principal. Os espetáculos também aconteciam nos cabarés do interior, onde era convidada para se apresentar, chegava a ficar um mês viajando por essas cidades. Ganhou muito dinheiro com seu trabalho. Comprou carro, joias, andava com as melhores roupas! Segundo uma amiga de Deusa, muitas pessoas pensavam que ela era uma mulher cisgênero,

fato que levava a se referirem a ela como “a grande dúvida”. Deusa era considerada “o espetáculo do espetáculo” como disse Elis.

As noites nos cabarés duraram muitos e longos anos... No entanto, com o passar do tempo, algumas dificuldades impediram Deusa de continuar apresentando seus espetáculos. Mudanças físicas eram sentidas em seu corpo, percebia que conforme envelhecia seu trabalho sofria certo processo de envelhecimento também. Já não tinha mais a mesma disposição, nem aquela “aparência tão jovem” exigida pelos donos dos palácios e seus frequentadores. Contou que as travestis mais jovens chegavam cada vez mais das cidades do interior, um processo bastante comum, já que, assim como ela, enfrentavam dificuldades para viver com suas famílias biológicas por serem travestis. As mais novas muitas vezes ocupavam o lugar daquelas que lhes abriam os caminhos para viverem nas grandes cidades, seja nos espetáculos ou nas ruas.

Ademais, Deusa conheceu um homem cisgênero de aparência muito robusta, com braços fortes, um tipo bonito... Foi com esse homem cisgênero que dividiu alguns bons e maus momentos da sua vida, por alguns anos moraram juntos em seu apartamento no centro da capital. Foi o grande amor da sua vida, era “louca por ele”, como disse. Mas, como falei, foram bons e maus momentos e, conforme ouvi de outra travesti se referindo à história de Deusa “o amor constrói e destrói também!”. Assim aconteceu com Deusa. Foram tempos felizes, viviam bem, recebiam amigos e amigas para jantares em sua casa, tinham uma boa renda, a qual, boa parte vinha dos trabalhos de Deusa. Mas depois de certo tempo alguns problemas começaram a surgir. Seu companheiro foi preso e permaneceu por um longo

período no presídio da cidade. Deusa fez de tudo para que ele sáisse do presídio, contratou bons advogados, não deixou de visitá-lo nenhuma semana, lhe dando apoio material e jurídico.

Deusa e seus advogados, em alguns meses, conseguiram a tão almejada liberdade do seu companheiro, no entanto, os bons momentos não voltaram a estar presentes como antes... A decepção chegou rápida. E o amor? De fato, começou a destruir e ficar distante... Logo depois de sair do presídio, seu companheiro conheceu uma mulher cisgênero. Deusa não sabia onde haviam se conhecido. Mas, depois de algum tempo, desenvolvendo uma relação “às escondidas”, seu companheiro lhe deixou e passou a viver com “a outra”, em uma ilha, perto da região central da cidade.

A partir daí, Deusa começou a decair, passou a sofrer por amor e por depressão. Sua saúde física, que, segundo ela, já não estava muito boa, começou a piorar. Além disso, apesar de não ter envolvimento com os erros do seu companheiro, o “escândalo” da sua prisão veio à tona na cidade e foi parar nas bocas das pessoas e nos ouvidos dos donos dos cabarés. Deusa foi alvo dos julgamentos da opinião pública, o que a levou a perder muitos espetáculos. Os donos dos cabarés passaram a contratá-la cada vez menos... Sua principal fonte de renda reduziu quase totalmente depois desse acontecimento. Deusa contou com a ajuda de uma amiga que trabalhava em uma agência do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) da cidade. Segundo ela, há muitos anos havia uma travesti que trabalhava naquele local e que ajudava as demais a obterem sua aposentadoria quando apresentavam algumas condições de saúde que necessitavam de cuidados especiais. Foi assim que Deusa conseguiu se aposentar e

garantir seu direito de receber mensalmente a quantia de um salário mínimo. Essa passou a ser sua principal fonte de renda para ter as condições básicas para manter sua vida.

Era comum encontrar Deusa no local onde trabalhava Elis, visto que se trata de uma ONG voltada a pessoas trans no centro da cidade. Quase todos os dias ia até lá, frequentemente tinha alguns problemas que precisava de ajuda para resolver e aquela era a instituição que lhe prestava apoio. Na época que a conheci, Deusa estava morando no apartamento de “uma outra”, uma amiga que, segundo ela, tinha dinheiro, “dona de salão”. Sua amiga, mulher transexual, não lhe cobrava aluguel, apenas uma colaboração para a conta de luz, já que sua aposentadoria era pouca – no valor de um salário-mínimo – e Deusa tinha outros gastos com alimentação, com algumas dívidas e com os cuidados de saúde que necessitava. Contou que desde que saiu da casa da sua família biológica nunca mais os viu ou manteve contato com eles, por isso, não podia contar com sua ajuda, caso precisasse. Quando surgiu a necessidade de buscar apoio financeiro extra ou de outro tipo como, por exemplo, para se deslocar até um serviço de saúde mais distante do bairro onde morava, sempre contava com a ajuda dos seus amigos e amigas, assim como da ONG onde trabalha Elis. Nessa primeira ocasião que nos encontramos, pediu para eu anotar seus números de telefone. Disse que precisava retornar para casa, já estava quase anoitecendo e estava cansada. Antes de ir embora, pediu que eu não deixasse de ligar para ela quando retornasse a sua cidade nos próximos meses. Me esperaria em sua casa com um pão e café quentinhos, para continuar contando suas histórias.

Voltei à cidade de Deusa depois de alguns meses. No entanto, antes de retornar até lá, foram várias as tentativas de contactá-la por telefone para combinarmos um encontro em sua casa. Dessa forma poderíamos conversar e eu escreveria mais sobre suas histórias. Todas as tentativas de contato foram sem sucesso. Achei que algo estava acontecendo, visto que os números de telefone que havia me dado não eram atendidos. Quando retornei ao estado onde Deusa morava, certa tarde, eu estava novamente conversando com Elis na ONG onde trabalha e, inesperadamente, mais uma vez, Deusa adentra pela porta principal daquele espaço de forma rápida, com o mesmo desequilíbrio e dificuldade para andar, mas dessa vez, sem a bengala. Parece que aquele era nosso ponto de encontro. As ocasiões que a vi e que me contou algumas das suas histórias não foram combinadas ou previamente pensadas, mas, sempre entrávamos em conversas que faziam transbordar narrativas novas. O inesperado estava sempre presente em nossos encontros.

Nessa tarde, Deusa explicou o motivo pelo qual não havia atendido minhas ligações no mês anterior. Foi internada às pressas em um hospital da cidade por algumas condições de saúde. Também disse que um dos seus telefones, o que é fixo em sua residência, não estava recebendo ligações porque estava com algumas contas atrasadas. Compreendi as tentativas sem sucesso de contactá-la antes de chegar à cidade. Depois desse novo encontro inesperado com Deusa não pude marcar uma conversa em sua casa para ouvir mais das suas histórias, no dia seguinte eu já voltaria para minha casa no estado onde moro. Mas, nesse encontro, me chamou atenção algumas histórias que contou.

Nessa internação hospitalar, foi cuidada por um médico que a atendia há muitos anos naquele hospital. Gostava de ser acompanhada sempre por esse mesmo profissional. Segundo Deusa, tratava-se de um médico muito bom, qualificado, atencioso e, além disso, já estava acostumado com seu jeito e com o fato de ser travesti. Era muito grata por seus atendimentos e cuidados ao longo dos anos. Nessa ocasião, primeiramente, permaneceu em um quarto compartilhado com duas mulheres cisgênero. No entanto, esse “compartilhamento” não durou muito tempo... Poucos dias depois de ter sido internada contou que o médico que estava lhe atendendo sugeriu que ela se transferisse para um quarto individual, caso “não se incomodasse”, pois as duas mulheres cisgênero com quem “compartilhava” o quarto não estavam se sentindo confortáveis com sua presença naquele espaço. Seu médico disse que se concordasse, o hospital estava disposto a cobrar um “valor simbólico” pela sua permanência no quarto individual, “quase nada” em relação ao valor real daquela habitação... Deusa aceitou ser transferida para o outro quarto, falou com certo tom de conformação que entendia o fato daquelas duas mulheres cisgênero não se sentirem à vontade com a sua presença. Quando Deusa contou a história, outras conversas tomaram forma:

— Elis: tu não ficou com as mulher no quarto?

— Deusa: não fiquei né, se fiquei três horas foi muito. Porque não podia e eu fui baixada como mulher.

— Elis: mas não tinha vaga?

— Deusa: tinha.

— Elis: e por que não ficou lá?

— Deusa: ah, porque falaram que não podia por causa do

babado né, da neca³. Mas aí o médico falou comigo, foi lá dentro e brigou por mim. Mas voltou e falou comigo de novo: “Deusa, é o seguinte, tu tem condições de pagar um quarto privado, eu vou te arrumar pra tu pagar um mínimo, uma diariazinha, tu paga? Mas não é nos apartamento, é num quartinho”. Aí eu fiquei num quarto que às vezes tem separado né, que ele me botou ali pra eu poder levantar, tomar banho. Eu entendi, afinal, elas sabiam que eu tinha uns bagulhos no meio das pernas que quando virasse para o lado poderiam cair para fora da camisola...

— Elis: mas eles são obrigados.

— Deusa: mas eu paguei, era só uma taxa. Com a mulher transexual que mora comigo aconteceu a mesma coisa. Mas eles tinham que fazer uma ala pras trans, néh? Por exemplo, deixar um daqueles quarto que nunca tem ninguém, que dá pra três quatro e bota pras travesti. Eu acho que é a melhor coisa.

— Elis: a lei é bem objetiva do Ministério da Saúde. Se não tem vaga na ala feminina, eles são obrigados a colocar numa ala particular.

— Deusa: mas eu fui bem tratada, senhora pra cá, senhora pra lá, dona Deusa tá na hora disso, na hora daquilo...

— Elis: é, mas isso eu já vou colocar na minha pauta para falar com a Secretaria Municipal de Saúde novamente essa semana sobre esse hospital e o outro que faz isso também.

Entre outras histórias e risos, Deusa conversou um pouco mais e logo foi embora. Disse para Elis que voltaria ainda naquela semana para conversar com o advogado que trabalhava na ONG. Foi

3 O termo “neca” se refere a pênis e é derivado do “Pajubá”, um dialeto que insere na língua portuguesa palavras e expressões oriundas de línguas africanas ocidentais. O Pajubá é muito utilizado pelas minorias sexuais e de gênero (população LGBTQIAPN+) no Brasil.

o último dia que conversei com Deusa. Depois de certo tempo que eu já havia retornado ao estado onde moro, outra história chegou de forma inesperada até mim. Deusa sofreu um acidente vascular encefálico (AVE) e estava internada novamente no hospital onde viveu a experiência da troca de quarto. Desta vez, em estado mais grave. A lesão que sofreu lhe deixou totalmente dependente de cuidados. Deusa não se movimentava mais sozinha, precisou usar fraldas descartáveis, não se comunicava verbalmente, necessitava atenção contínua. Um sentimento de preocupação tomou conta de muitas pessoas que a conheciam. Quem cuidaria daquela travesti?

Deusa permaneceu quase dois meses internada no hospital. Depois de receber alta, foi encaminhada para uma Instituição de Longa Permanência Para Pessoas Idosas (ILPI)⁴ da cidade. Lembro que Elis foi diversas vezes visitá-la nesta instituição e levar alguns produtos de higiene como sabonetes, cremes hidratantes, fraldas, dentre outros que poderia precisar. A permanência de Deusa naquele local não durou muito tempo, visto que, em poucos meses, ela faleceu.

Quando Deusa anunciou que tinha história, “uma história linda”, mas dizendo que não era valorizada, suas palavras me levaram a fazer algumas reflexões sobre as formas como enquadramos⁵ as

4 No Brasil a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) define como uma ILPI uma instituição governamental ou não governamental voltada à moradia coletiva de pessoas idosas, ou seja, com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania (Brasil, 2005).

5 Butler (2017, p. 14) traz a ideia de enquadramento como “[...] as molduras pelas quais aprendemos ou, na verdade, não conseguimos apreender a vida dos outros como perdida ou lesada (suscetível de ser perdida ou lesada) estão saturadas. Elas são em si mesmas operações de poder”. Nesse sentido, utilizarei o termo para me referir epistemologicamente/ontologicamente às maneiras que enquadramos as vidas das pessoas idosas como vidas que importam menos e até mesmo descartáveis. Dessa forma, proponho algumas reflexões sobre os mecanismos específicos de poder mediante os quais as vidas das pessoas idosas são vistas como menos importantes e ir em direção contrária, defendendo que vidas idosas (sejam cis ou trans) importam.

vidas das pessoas idosas em nossa sociedade. Alguns dias depois, pensando em sua narrativa, lembrei-me também de uma mulher cisgênero idosa, uma vizinha que passeia pelas ruas do bairro onde moramos com seu cachorro. Certo dia, em uma das nossas frequentes conversas, ouvi dizer “Você é uma das únicas pessoas que conversa comigo fora minhas amigas da rua, essas ‘de cachorrinho’ que passeiam por aí...”. Afinal, quem escuta as histórias das pessoas idosas? Quem escuta as histórias de travestis idosas?

É importante reconhecermos que as pessoas idosas ainda são vistas como um fardo social em nossas sociedades (Pocahy; Carvalho; Couto Junior, 2018; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2015). No Brasil, a projeção do Índice de Envelhecimento⁶ cresce a cada década, apontando que no ano de 2030 para cada 100 pessoas menores de 15 anos terão 71 pessoas idosas, mostrando o processo de envelhecimento populacional acelerado que ocorre no país (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2021). Refletir sobre o que está por trás desse fenômeno no Brasil é fundamental, pois ao passo que o país envelhece aceleradamente, ainda temos muito trabalho pela frente no que se refere às formas como experimentamos o processo de envelhecimento e enquadramos as vidas das pessoas idosas, visto que o envelhecimento populacional não tem sido acompanhado pela valorização das suas vidas. Sobre isso, Pocahy, Carvalho e Couto Junior (2018) lembram que, por meio da racionalidade neoliberal predominante no Brasil, nossos discursos e práticas estimulam intensamente o desprezo e o ódio

⁶ De acordo com o IBGE (2021) o Índice de Envelhecimento (IE) corresponde ao número de pessoas de 60 anos ou mais para cada 100 pessoas menores de 15 anos na população residente em determinado espaço geográfico no ano. Trata-se de um potente indicador que pode ser utilizado para análises do envelhecimento populacional no país.

pela velhice. As queixas de não serem escutadas e valorizadas por parte de Deusa e daquela senhora cisgênero mostram a rejeição da nossa sociedade para com as pessoas idosas que ainda são vistas como um fardo social. Da mesma forma que seus silenciamentos, o veto às oportunidades de diálogo e de contarem suas histórias são produtos dos enquadramentos que produzem as vidas das pessoas idosas como menos importantes. No caso de Deusa, a não escuta das suas histórias, assim como de outras travestis idosas, pode ser um veto às possibilidades de fazerem circular suas experiências coletivas que levaram a vida inteira produzindo, as quais muitas das mais jovens podem incorporar no seu *ser travesti*.

Algumas pesquisadoras têm trazido a ideia da *gerontofobia* como uma possível “fobia” dos seres humanos em relação ao processo de envelhecimento, no sentido de sentirem repulsa, medo e pavor em envelhecer e se tornarem pessoas idosas (Carneiro; Lessa; Cabral, 2020; Manhães; Guimarães; Maciel, 2018; Sampaio, 2017). Manhães, Guimarães e Maciel (2018, p. 29) colocam que embora o processo de envelhecimento seja natural “o medo de envelhecer para algumas pessoas pode se tornar patológico no decorrer desse processo”. E, Sampaio coloca que “a rejeição da velhice já se transformou até numa nova patologia da ciência psiquiátrica conhecida como gerontofobia [...]” (2017, p. 812). Longe de questionar a legitimidade e as intenções dessas pesquisadoras em contribuir para as discussões acerca do processo de envelhecimento humano, o que podemos perceber em comum em suas afirmações sobre o termo é o fato da gerontofobia ser definida por meio de concepções patologizantes e de âmbito

individual e, não como uma experiência que é compartilhada socialmente e produzida por relações de poder nas quais as vidas das pessoas idosas são enquadradas como menos importantes e descartáveis, trazendo, desta forma, um conjunto de práticas e discursos negativos vinculados ao processo de envelhecimento.

Nesse sentido, Pocahy, Carvalho e Couto Junior (2018) por meio da perspectiva interseccional⁷, propõem a idade que levamos como um dispositivo que marca nossos corpos e dá inteligibilidade ao que pode ser considerada uma vida possível em termos de gênero e sexualidade. Para os pesquisadores, diversos mecanismos na cultura e na sociedade brasileira inferiorizam e desprezam as pessoas idosas e isso se torna ainda mais intenso quando consideradas as intersecções com marcadores sociais de raça, classe, deficiência, local/região de moradia, gênero e sexualidade.

Dessa forma, considerando a idade como um marcador que contribui para determinar quais corpos são reconhecidos como humanos, proponho repensar a gerontofobia em campos que vão além de uma mera “fobia” ou de uma visão individualizante. Inspirado pelo texto de Junqueira (2007), que apresentou uma crítica ao conceito de homofobia, sugiro abandonar essas perspectivas patologizantes da gerontofobia e aprofundar sua definição. Proponho redimensionar sua compreensão para abordagens mais coletivas, como as da cultura, educação, sistema

⁷ O conceito de interseccionalidade foi introduzido por feministas negras como uma reivindicação por direitos e visibilidade que eram sistematicamente negligenciados. Essa lacuna resultava tanto do feminismo branco, que não contemplava as demandas específicas das mulheres negras, quanto do movimento antirracista, que se concentrava predominantemente em oferecer ferramentas metodológicas voltadas para a realidade dos homens negros (Akotirene, 2020).

econômico e político, além de suas violências. Essa reflexão busca identificar as relações de poder e discurso que, integradas a sistemas epistemológicos e ontológicos que definem quais vidas têm valor, sustentam práticas que desumanizam as pessoas idosas.

Pocahy, Carvalho e Couto Junior (2018) lembram que dentre as formas que são possíveis de envelhecer em nosso contexto social, estas frequentemente estão localizadas nas imagens de homens e mulheres cisgêneros e heterossexuais. Nesse sentido, é importante pensarmos como ficam as vidas das travestis idosas que interpeladas pelo marcador de gênero ficam fora do campo imaginável do que é considerado um corpo válido em nossa sociedade. Entendendo a gerontofobia como um mecanismo de poder que está para o processo de envelhecimento e às pessoas idosas cisgênero heterossexuais, proponho que a *transgerontofobia* seja pensada como uma violência, um mecanismo de poder que, considerando marcadores sociais como idade, sexualidade e identidade de gênero está para as pessoas trans/transgênero. Estabelecendo condições sociais para que as pessoas idosas trans sejam mais expostas a preconceitos, discriminações, violências e à restrição de direitos.

Entendo a transgerontofobia como um mecanismo de poder integrante do sistema epistemológico/ontológico que produz o que podemos chamar de “gêneros e corpos inteligíveis” (Butler, 2017). Cabe, portanto, pensarmos a abdicação ao diálogo, o banimento e a discriminação das pessoas idosas que foi pensado por Bosi (1994), quando se relacionam à não escuta das histórias das travestis idosas, como uma prática de violência transgerontofóbica, produto

desse sistema que as enquadra como menos importantes e assim, não passíveis de serem ouvidas.

Ao contrário do que é propagado em nossa sociedade transgerontofóbica, enfatizo a importância de reconhecer as narrativas das travestis idosas como histórias valiosas, que merecem ser ouvidas e respeitadas. As histórias das travestis “das antigas” trazem reminiscências do seu passado que podem ser transformadoras do presente quando contadas nas ruas, nos espaços de educação, saúde e assistência social, dentre tantos outros. Essas narrativas diversas de outras épocas, quando escutadas, trazem a potência dessas experiências coletivas circularem entre travestis mais jovens, as quais muitas vezes têm suas vivências da pista, de transformação do corpo, de cuidados em saúde, iniciadas com as mais velhas. Há outras maneiras de *sermos* enquanto sociedade que podem ser transformadas pelas histórias-vidas que importam das travestis idosas.

Deusa também relatou um problema comum à maioria da população brasileira: o valor da aposentadoria para o corpo que envelhece. Precisamos considerar o fato de já ser amplamente conhecido na literatura científica que as diferenças socioeconômicas afetam diretamente o processo de envelhecimento e a vida das pessoas idosas, tendo influências sobre sua saúde (Oliveira *et al.*, 2019; Antunes *et al.*, 2018). Oliveira *et al.* (2019) mostram que quantos mais anos de estudo as pessoas idosas possuem, maiores são suas chances de obterem uma renda mais elevada e, conseqüentemente, têm menos chances de adoecerem. Outro exemplo é se considerarmos a autoavaliação de saúde⁸ das pessoas

8 A autoavaliação de saúde é um indicador de saúde geral utilizado no Brasil e no mundo que tem sido aplicado por acreditar-se que reflete a presença de limitações funcionais, de-

idosas. Antunes *et al.* (2018) afirmam que a prevalência da autopercepção de saúde negativa entre as pessoas idosas se associa diretamente com piores níveis de renda e escolaridade.

Esses estudos mostram de forma muito objetiva como as desigualdades sociais afetam as pessoas idosas. Dessa forma, podemos compreender como essa população, de forma geral, pode se tornar vulnerável de acordo com sua renda. Ademais, embora saibamos que “Envelhecer não significa necessariamente adoecer” (Miranda; Mendes; Silva, 2016, p. 508), o processo de envelhecimento pode vir acompanhado por diversas condições de saúde, incapacidades e sequelas que exigem uma (re)adequação de serviços e políticas públicas de saúde, assim como maiores investimentos em cuidados de saúde por parte das pessoas idosas que, frequentemente, contam apenas com o valor da sua aposentadoria. Deusa falou sobre as dificuldades que uma pessoa idosa possui no Brasil vivendo com o valor de um salário-mínimo que, como o próprio nome já diz, é “mínimo” para atender as necessidades básicas dessa população como a moradia, a saúde e a alimentação, dentre tantas outras. Se de forma geral a população idosa pode se encontrar em situação de vulnerabilidade no que se refere a sua renda/aposentadoria, como se dá esse processo considerando as sobreposições de marcadores como idade, sexualidade e gênero das travestis?

Se quantos mais anos de estudo menores as chances de uma pessoa idosa adoecer (Oliveira *et al.*, 2019) podemos pensar que este é um privilégio cisgênero, visto que a ANTRA (Nogueira;

mandas por cuidados em saúde e até mesmo riscos de mortalidade (Antunes *et al.*, 2018; Zajacova; Dowd, 2001). No Brasil esse é um indicador de saúde geral da pessoa idosa.

Benevides, 2020) aponta que entre as travestis e mulheres transexuais 72% não possuem o ensino médio e 56% o fundamental. Para além da associação da escolaridade com piores condições de saúde também é importante entendermos que esse processo gera “[...] maior dificuldade de inserção no mercado formal de trabalho e deficiência na qualificação profissional causada pela exclusão social” (Nogueira; Benevides, 2020, p. 32) das travestis e demais pessoas trans. Podemos considerar que aqueles corpos que não estão em conformidade com as normas hegemônicas de gênero têm mais dificuldades no percurso para obterem uma renda e conseqüentemente a aposentadoria.

Outro dado que colabora com essa afirmação é trazido pela ANTRA (Nogueira; Benevides, 2020) quando estima que apenas 4% da população trans está em empregos formais que tenham oportunidades de progressão e melhores condições de trabalho. Como em meio a essas dificuldades é pensado o direito e o acesso à previdência social para as travestis? Nesse sentido, é plausível exigirmos que as travestis e demais pessoas trans sejam consideradas e incluídas nas políticas de trabalho, emprego e de formação educacional, para que assim, possam contar com um Estado atento às suas demandas e que lhes garanta um caminho menos tortuoso à proteção previdenciária.

Para isso, é necessário que suas vidas sejam vistas *na condição de uma vida que importa* (Butler, 2017). O Estado e seus legisladores devem promover políticas públicas que considerem a precariedade que envolve grande parte da população trans no Brasil, de forma a garantir a equidade de suas práticas. Entendendo que

o envelhecimento de uma travesti deve ser protegido ao longo de toda sua vida, o acesso a direitos como a educação e o trabalho, por exemplo, lhe garantirá, em idades mais avançadas, a aposentadoria. Afinal, como se aposentar sem acesso ao estudo e ao trabalho?

Lembro-me da voz de Deusa contando como foi importante para ela ser considerada uma cidadã. Da alegria de ser reconhecida como uma pessoa portadora de direitos, de ser considerada uma vida que importa. Carvalho (2017) aborda que a ideia da cidadania envolve as relações que as pessoas estabelecem com o Estado e a nação, que os sujeitos, portanto, passam a se tornar cidadãos quando se sentem pertencentes a estes. Deusa sentia-se uma cidadã brasileira, que pertencia a um Estado, uma nação. Também havia um reconhecimento público de que Deusa era essa cidadã brasileira. É importante entendermos que a cidadania é um fenômeno complexo e histórico que comumente é desdobrado em três eixos: direitos civis, políticos e sociais⁹ (Carvalho, 2017). Nesse sentido, uma *cidadã plena* seria aquela que possuísse todos esses direitos, uma *cidadã incompleta* apenas alguns e as *não cidadãs* seriam aquelas que não tivessem nenhum (Carvalho, 2017). Quando uma travesti é reconhecida como cidadã, isso é suficiente para que possa acessar

9 Para Carvalho (2017, p. 15-16) esses direitos correspondem às seguintes definições: A) Os direitos civis “[...] são os direitos fundamentais à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante à lei. Eles se desdobram na garantia de ir e vir, de escolher o trabalho, de manifestar o pensamento, de organizar-se [...]”, dentre outros. São garantidos pela existência de uma justiça eficiente e acessível a todos, buscam garantir relações civilizadas entre as pessoas e a sociedade civil, ou seja, referem-se à vida em sociedade. B) Os direitos políticos correspondem “[...] à participação do cidadão no governo da sociedade [...] na capacidade de fazer demonstrações políticas, de organizar partidos, de votar, de ser votado”. Esses direitos estabelecem a organização política da sociedade, assim como a ideia de autogoverno, ou seja, a participação da sociedade no governo. D) Os direitos sociais [...] incluem o direito à educação, ao trabalho, ao salário justo, à saúde, à aposentadoria [...] permitem às sociedades politicamente organizadas reduzir os excessos de desigualdade produzidos pelo capitalismo e garantir um mínimo de bem-estar para todos”. A principal perspectiva desses direitos é garantir a justiça social.

seus direitos e ter um processo de envelhecimento e uma velhice mais vivíveis? Quais os limites entre ser reconhecida como cidadã e a garantia da infraestrutura básica para uma travesti manter sua vida em nossa sociedade?

É urgente entendermos que os direitos que são estabelecidos nas políticas públicas não asseguram que as travestis possam utilizá-los e sejam cidadãs plenas. Para além de garanti-los nessas leis – o que é de extrema importância – devemos produzir projetos e práticas que os tornem reais em suas vidas. O fato de Deusa ter sido trocada de quarto, em sua narrativa, também chama atenção para refletirmos que no momento que o reconhecimento como “a grande dúvida” não foi mais possível e não pode mais ser vista como um corpo que se aproxima da estética cisgênero, a possibilidade de ser uma cidadã plena e ter o direito de ser cuidada de acordo com os princípios da integralidade e equidade não se manteve.

De forma simples, quando correspondeu à estética cisgênero poderia ser uma cidadã plena, mas quando reconhecida como uma travesti e idosa, passou a ser uma cidadã incompleta, ou seja, com menos direitos. Pode haver uma distância significativa entre possuir direitos e conseguir exercê-los, especialmente no caso das travestis. Apesar de a Constituição Federal de 1988 garantir, como um de seus objetivos, a promoção do bem de todos, sem preconceitos ou discriminações, e do Estatuto do Idoso, de 2003, assegurar que nenhuma pessoa idosa será alvo de discriminação ou violência, a realidade vivenciada pelas travestis que envelhecem frequentemente não reflete essas garantias. As experiências coletivas desse grupo evidenciam que, na prática, essas proteções muitas vezes não se

concretizam. Para garantir a proteção do processo de envelhecimento e da velhice das travestis, é imprescindível refletir sobre questões como a levantada pelas amigas de Deusa: quem cuidará de uma travesti que se torna dependente para realizar atividades diárias, como se alimentar ou tomar banho? A ANTRA (Nogueira; Benevides, 2020) aponta que, em média, travestis e mulheres transexuais expulsas de casa pelos pais têm apenas 13 anos, o que frequentemente resulta na ausência de vínculos com suas famílias biológicas ao longo da vida, como no caso de Deusa.

Sabemos que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas [...] defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (Brasil, 2019, p. 180). Contudo, como pensar em políticas públicas que responsabilizem essas mesmas famílias biológicas, muitas vezes fonte de violência e exclusão, para prestar cuidados às travestis idosas? Essa contradição expõe a necessidade de construir alternativas que levem em conta as especificidades das vivências trans e promovam redes de cuidado que não reproduzam as violências estruturais sofridas ao longo de suas vidas.

E para garantirmos a proteção do processo de envelhecimento e da velhice das travestis, também precisamos pensar na preocupação que tomou conta das amigas de Deusa em seu caso: quem iria cuidar daquela travesti depois que se tornou dependente em atividades diárias como se alimentar, tomar banho, dentre outras? A ANTRA (Nogueira; Benevides, 2020) coloca que, em média, aquelas travestis e mulheres transexuais que são expulsas de casa pelos pais têm 13 anos, o que faz com que muitas

delas não tenham mais vínculos por toda a vida com sua família biológica, como no caso de Deusa. Sabemos que “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas [...] defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (Brasil, 2019, p. 180). Mas, no caso das travestis que são violentadas e expulsas de casa pela família biológica, como seria possível conceber uma política pública que exigisse dessa mesma família, da qual elas precisam ser protegidas, a responsabilidade de lhes prestar cuidados?

Essas narrativas mostram a necessidade de o Estado brasileiro pensar em suas políticas públicas de proteção ao envelhecimento naquelas populações que podem chegar à velhice ainda mais vulneráveis quando seus corpos têm a sobreposição de marcadores de idade, sexualidade e identidade de gênero. Assim como os hospitais, outros tipos de serviços de saúde e afins devem ficar atentos às necessidades específicas das travestis, como, por exemplo, ao fato de aloca-las em enfermarias de acordo com sua identidade de gênero.

Certo dia, Elis me contou a história de outra travesti do interior que quando precisou morar em uma ILPI foi alocada em uma ala masculina, da mesma forma que as roupas que lhe ofereciam eram correspondentes ao gênero masculino. Nesse sentido, é importante pensarmos que para além da garantia de que aquelas travestis que necessitarem, possam contar com o Estado e ILPIs no que se refere aos seus cuidados na velhice, precisamos proporcionar que sejam cuidadas nesses espaços da melhor forma possível.

Uma travesti que vive em uma ILPI é uma cidadã brasileira que merece ser cuidada com qualidade e na condição de uma vida

que importa, sendo valorizada pelo que ela já fez pelo país, pelas minorias sexuais e de gênero e pelo que nos ensina. A sociedade brasileira precisa garantir com mais efetividade que estas se apropriem dos seus direitos de cidadania, como o de permanecerem em alas de instituições de acordo com suas identidades de gênero. A velhice das travestis, as quais muitas já tiveram um percurso difícil ao longo da vida, precisa ser amparada pelo Estado e demais instituições da sociedade. Caso contrário, manteremos uma prática gerontotransfóbica dupla: de um lado, a família que há muito tempo expulsou a travesti de casa e, do outro, um Estado omissivo às vidas das travestis idosas. Um novo olhar para o cuidado em saúde considerando a PNSILGBT e as necessidades específicas das travestis se faz necessário.

Essa narrativa contou a história de uma travesti cidadã brasileira. Que se apaixonou e perdeu algumas coisas na vida. Que precisou de ajuda para conseguir sua aposentadoria. Que sofreu com o julgamento público. Que o salário-mínimo que recebia, como o próprio nome já diz, era mínimo para comer, morar, buscar recursos de saúde, para manter sua vida mais vivível. Que com o envelhecimento não se pode utilizar alguns dos seus direitos. Que o contato mais íntimo com um setor da sociedade evidenciou a transgerontofobia e intensificou sua perda de direitos.

A história de Deusa pode levar-nos a caminhos transformadores das práticas nas quais a sociedade brasileira tem visto e tratado as vidas das travestis que envelhecem. Diversas vezes lembro de Deusa contando “As bichas dizem ‘Ai essa Deusa, tá sempre se internando e não vai nunca. Que bicha é essa? Isso

vai enterrar todo mundo e não morre nunca!’ E as pessoas sempre dizendo ‘a Deusa morreu, a Deusa morreu’ e eu tô aqui! Vivinha!” (risadas). Deusa encontrou Gisberta... E o que ambas, também têm em comum? Trazem narrativas que atravessam épocas, que proporcionam ao mundo e às sociedades que vivemos, reflexões que podem mudá-los para melhor.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, J. L. F. *et al.* Desigualdades sociais na autoavaliação de saúde dos idosos da cidade de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**, v. 21, suppl. 2, 2018.

BOSI, E. **Memória e Sociedade**: lembranças de velhos. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

BRASIL. **Lei n.º 10.741, de 1.º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1.º de out. 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf. Acesso em: 18 nov. 2024.

BUTLER, J. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

CARNEIRO, S. F. L.; LESSA, M. M. R.; CABRAL, H. L. T. B. A dignidade do idoso e a gerontofobia. **Derecho y Cambio Social**, n. 60, 2020.

CARVALHO, J. M. de. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 23. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da População no Brasil e nas Unidades da Federação**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 27 mar. 2021.

JUNQUEIRA, R. Homofobia: limites e possibilidades de um conceito em meio a disputas. **Bagoas: estudos gays - gêneros e sexualidades**, v. 1, n. 1, p. 145-65, 2007.

MANHÃES, F. C.; GUIMARÃES, D. do N.; MACIEL, P. C. da S. “Gerontofobia”, o medo

de envelhecer na sociedade contemporânea: uma análise bibliométrica. In: Istoe, R. S. C.; MANHÃES, F. C.; SOUZA, C. H. M. de. (Org.). **Envelhecimento humano em processo**. 1ed. Campos dos Goytacazes: Brasil Multicultural, v. 1, p. 28-41, 2018.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Informe Mundial Sobre Envelhecimento**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2015.

POCAHY, F.; DE CARVALHO, F. da S. P.; COUTO JUNIOR, D. R. **Gênero, Sexualidade e Geração**: intersecções na educação e/m saúde. Aracaju: EDUNIT, 2018.

SAMPAIO, C. A. Pelo resgate de envelhecer sem estigmas. **Colloquium Socialis**, v. 1, 2017.

ZAJACOVA A.; DOWD, J. B. Reliability of self-rated health in US adults. **Am J Epidemiol**, v. 174, n. 8, p. 977-83, 2011.



EXPERIÊNCIAS DE JOVENS TRANS, TRAVESTIS E NÃO BINÁRIOS COM SERVIÇOS DE SAÚDE: POSSIBILIDADES E LIMITES NO ACESSO AO CUIDADO

Guilherme Lamperti Thomazi
Hevelyn Rosa
Nathália Pacífico de Carvalho
Cristiane da Silva Cabral

INTRODUÇÃO

Este texto analisa as experiências de jovens trans, travestis e não binários com os serviços e profissionais de saúde a partir de entrevistas semiestruturadas realizadas em diferentes cidades do Brasil. O objetivo consiste em compreender questões relativas ao acesso à rede de saúde e sobre a pertinência/qualidade dos serviços na perspectiva dos/as jovens entrevistados/as. O artigo está estruturado em uma breve introdução, apresentação dos métodos de produção do material empírico, seguido dos resultados e discussão, os quais foram conjugados para melhor organização do manuscrito.

De modo a tecer uma aproximação entre o campo da saúde e o tema do sexo e do gênero, torna-se crucial estabelecer certos marcos teóricos a fim de refletir sobre o material em análise.

Acreditamos que desnaturalizar termos, padrões e relações enseja um primeiro passo fundamental quando trazemos à baila questões referentes a direitos humanos.

De acordo com Paul Preciado (2017), o gênero e o sexo constituem-se como tecnologias sociais e políticas complexas que atuam na produção e na reprodução do corpo, referindo-se ao ideal preconizado da cisheteronormatividade. O filósofo argumenta que a homossexualidade, ao operar como um regime político – e não somente como uma essência fundante ou como uma prática sexual, dentre outras – articula a diferença sexual por meio da produção constante, sistemática e disseminada de corpos-mulher e corpos-homem. Em outras palavras, a homossexualidade é uma tecnologia complexa de gestão dos corpos que abrange não só aqueles que se nomeiam homossexuais, mas compreende também um conjunto de instituições linguísticas, médicas, domésticas, jurídicas, entre outras, que definem dimensões normativas de ser/estar no mundo social (Louro, 2021).

O regime cisheteronormativo hegemônico concebe o gênero como uma dimensão prática da cultura, estando o sexo alocado na natureza, onde nem a história ou a política interfeririam. Entretanto, para Paul Preciado (2018), o gênero é algo produzido socialmente, não uma essência. Imposto por meio de uma rede de relações sociais, políticas e econômicas, o gênero compõe, em conjunto com o sexo, o sistema binário que organiza o modo como percebemos a nós mesmos e como nos relacionamos com os outros. Com isso, recusamos a formulação de que sexo seria a base fisiológica, anatômica, natural, pré-discursiva sobre a qual se inscreve o

gênero, sendo este visto somente como as camadas de expressão de papéis sociais. O sexo identificado na anatomia, nos hormônios, nos cromossomos é entendido como uma tecnologia capaz de se inscrever no corpo e, portanto, no que é tido como sendo do âmbito da natureza, marcadores da diferença sexual.

A lógica da diferença sexual se alia à anatomia, mas também a sobrepõe, pois o ordenamento do corpo, suas partes e funções, passa a corresponder a representações de um ideal social (Laqueur, 2001). Em associação com o discurso científico da biologia, tais operações incorporam autoridade retórica, circulando entre e além de campos disciplinares acadêmicos e participando da produção de subjetividade. Tomado como o percurso natural do desenvolvimento sexual, o regime binário da diferença sexual passa a ser o padrão normal. Assim, a não conformidade entre sexo e gênero tem sido histórica e predominantemente vista como um desvio, considerada uma patologia pela Organização Mundial de Saúde até 2019.

Embora os esforços das tecnologias da diferença sexual busquem a estabilização e a cristalização das categorias de sexo e gênero, isso nunca se completa ou se torna totalmente eficaz. Justamente no interstício da escritura da cisheterossexualidade é que, diante do encontro com a artificialidade dessa operação, pode-se ensaiar e experimentar inversões e dissidências nas práticas de produção do sexo e do gênero (Preciado, 2017).

O pensamento crítico sobre a diferença sexual contribui para desestabilizar práticas discursivas e não discursivas que têm sido ostensivamente tidas como dadas. Ao demonstrar que se trata de uma epistemologia política dos corpos, os autores citados nos

possibilitam sair do falso problema de buscar um sexo/gênero essencial. Ao mesmo tempo, tal perspectiva oferece subsídios para compreender o papel ativo que as políticas públicas de saúde assumem na produção e reprodução da diferença sexual, incluindo aí seus efeitos perversos de hierarquização, estigmatização e discriminação de pessoas.

Argumentamos que a lógica cisheteronormativa fundamenta políticas de saúde e práticas profissionais. Dessa forma, produzem uma imagem estereotipada do que é ser trans, reduzindo suas demandas a alterações corporais. Como consequência, as políticas e serviços são pensados a partir dessa imagem, apresentando dificuldades em considerar suas reais demandas e necessidades, não só as afastando do Sistema Único de Saúde (SUS) mas também limitando as possibilidades de acolhimento por profissionais dessas pessoas que foram postas às margens dessa norma. Assim, neste capítulo, analisamos possibilidades e limitações que este contexto engendra para o cuidado de jovens trans, travestis e não binários, os/as quais nos falam sobre suas perspectivas e experiências nos encontros com os serviços de saúde.

PERCURSO METODOLÓGICO

Neste estudo, analisamos parte do material empírico produzido na pesquisa “Jovens da era digital”¹⁰, uma investigação

10 A pesquisa “Jovens da era digital: sexualidade, reprodução, redes sociais e prevenção às IST/HIV/Aids” foi coordenada por Cristiane Cabral (coordenadora geral; de São Paulo/Universidade de São Paulo (USP)), Ana Paula dos Reis (Salvador/Universidade Federal da Bahia (UFBA)); Daniela Riva Knauth (Porto Alegre/Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)); Elaine Reis Brandão (Rio de Janeiro/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)), Flávia Bulegon Pilecco (Conceição do Mato Dentro/Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)); José Miguel Nieto Olivares (São Gabriel da Cachoeira/USP). O estudo contou

socioantropológica empreendida junto a jovens de 16 a 24 anos em seis cidades de diferentes regiões do Brasil (Conceição do Mato Dentro (MG), Porto Alegre (RS), Rio de Janeiro (RJ), Salvador (BA), São Gabriel da Cachoeira (AM), e São Paulo (SP)). Entre 2021 e 2022, foram realizadas entrevistas com 197 jovens, tendo como fio condutor central a narrativa sobre suas trajetórias afetivo-sexuais. O acesso aos/às participantes se deu por meio de redes de relações pessoais e profissionais dos/as pesquisadores/as, bem como pela veiculação de convites em redes sociais e pela técnica Bola de Neve. A pesquisa foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e pelos comitês de ética das instituições participantes.

Das pessoas entrevistadas, a maioria declarou-se cisgênero (187), mais da metade como preta ou parda (119), 21 como indígenas e um como amarelo; aproximadamente um terço identificou-se como LGBTQIA+ (58), sendo 34 como mulheres lésbicas, bissexuais ou pansexuais, 21 como homens gays, bissexuais ou pansexuais e sete como pessoas trans e não binárias. Neste trabalho, analisamos as entrevistas dessas sete pessoas no que concerne suas experiências e percepções em relação aos serviços de saúde.

A inclusão de pessoas trans, travestis e não binárias não se constituiu enquanto uma cota para a seleção dos participantes da pesquisa. Assim, o aprofundamento de questões relativas à identidade de gênero e suas repercussões em suas trajetórias apresentaram variações entre as entrevistas. Este aspecto pode ser identificado como uma limitação deste artigo. No entanto, essas

com apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Processo 442878/2019-2; Processo 431393/2018-4). Agradecimentos especiais às/aos coordenadoras/es e às equipes de trabalho de campo de cada localidade, bem como às/aos jovens que compartilharam parte de suas experiências de vida conosco.

narrativas trazem em comum experiências destes/as jovens com os serviços de saúde, aspecto que emergiu sobretudo de forma espontânea nestas entrevistas.

As pessoas informantes residem em quatro capitais de três diferentes macrorregiões brasileiras (Porto Alegre (RS), Rio de Janeiro (RJ), Salvador (BA) e São Paulo (SP)). O local de realização das entrevistas foi indicado pelos/as entrevistados/as, observadas as recomendações de prevenção da covid-19 vigentes à época. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente. Nomes fictícios foram atribuídos a cada participante para preservação do anonimato e do sigilo sobre as informações compartilhadas.

Entre as pessoas participantes, chama a atenção que são majoritariamente brancos/as e com significativo grau de escolaridade. Além disso, todas habitam nas capitais de seus estados, a maioria pertencem às camadas socioeconômicas médias e se identificam com orientações sexuais diferentes de heterossexual (Quadro 1). A constituição desse quadro sociológico particular demanda uma série de discussões que não cabem neste capítulo e estão sendo trabalhadas em artigos posteriores. O artigo de Cabral (2024) detalha e discute de forma mais aprofundada sobre a composição amostral da pesquisa “Jovens da era digital”.

O material empírico foi analisado em três etapas (Bardin, 2016): 1) pré-análise inicial, na qual foi feita uma imersão nas entrevistas e a organização inicial do material; 2) codificação e identificação de temas e categorias; 3) etapa final, que consistiu na reflexão sobre o material, diálogo com o referencial teórico e produção da síntese interpretativa. Optamos por apresentar e

discutir as categorias “acesso e barreiras aos serviços de saúde” e “o lugar dos serviços de saúde na vida de jovens trans, travestis e não binários” por serem temas que explicitam de forma exemplar as questões cotidianas com as quais pessoas trans, travestis e não binárias precisam lidar na interface com serviços de saúde em seus percursos/itinerários de cuidado.

Quadro 1. Características sociodemográficas dos/as informantes*.

Nome**	Cidade	Idade	Identidade de gênero	Pronomes de preferência	Raça/cor	Orientação sexual	Camada social	Escolaridade atingida
Bernardo	São Paulo	24	Pessoa trans não binária	Neutros/masculinos	Branca	Pansexual	Média	Superior completo
Juliano	São Paulo	19	Homem trans	Masculinos	Parda	Bissexual	Baixa	Médio completo
Taylor	São Paulo	24	Gênero fluido	Masculinos	Branca	Pansexual	Média Baixa	Médio completo
Pietra	Porto Alegre	17	Travesti não binária	Femininos	Branca	Bissexual	Média	Médio completo
Caio	Porto Alegre	23	Não binário	Masculinos	Branca	Bissexual	Média	Superior incompleto
Marina	Rio de Janeiro	18	Mulher trans	Femininos	Branca	Bissexual	Média	Superior incompleto
Cristina	Salvador	20	Mulher trans-gênero	Femininos	Branca	Heterossexual	Média	Superior incompleto

*Identidade de gênero, raça/cor, orientação sexual e camada social conforme autodeclaração.

**Nomes fictícios.

ACESSO E BARREIRAS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Na literatura da área da Saúde Coletiva, o acesso à saúde é um tema transversal, polissêmico e debatido em múltiplos cenários, desde a organização e efetivação da assistência à saúde ao ciclo das políticas públicas. Para Michael Thiede, Patricia Akweongo e Di McIntyre (2007), acesso significa liberdade para usar os serviços de saúde, a partir de uma posição na qual o sujeito possa fazer uma escolha bem informada. Nessa perspectiva, são três as dimensões que moldam o acesso: disponibilidade do cuidado, a possibilidade de custear o cuidado e a aceitabilidade do cuidado.

Para Maria Aparecida Patroclo (2010), a dimensão da aceitabilidade mostra-se especialmente sensível quando consideramos grupos subalternizados, pois implica diretamente a relação social e cultural entre sistema de saúde e usuários, destacando o papel desempenhado pelo vínculo e pela confiança. Ao destacar que a utilização dos serviços de saúde não pode ser um indicador de acesso, os autores (Thiede; Akweongo; McIntyre, 2007) defendem que, dada sua natureza multifacetada, o acesso deve ser abordado não só para uma avaliação sistemática e inclusiva, mas também para influenciar a definição de uma agenda política de saúde integral orientada para a equidade.

As narrativas dos/as jovens sobre as experiências e perspectivas acerca dos serviços de saúde, tanto públicos como privados, sinalizam uma postura ativa em que eles/as buscam informações e mesmo insumos relacionados à transgeneridade. No entanto, muitas vezes eles/as se deparam com profissionais e serviços que expressam

um desconhecimento acerca das questões que são demandadas por esses/as jovens sobre sua saúde sexual e sobre procedimentos, medicamentos e intervenções relativas à transição ou à afirmação do gênero. Essa situação pode implicar na constituição de barreiras para o acesso aos diferentes serviços de saúde, especialmente na fase da juventude, quando as questões de gênero costumam emergir em meio a tantas outras relacionadas à sociabilidade, à sexualidade ou à construção de projetos de vida. O encontro de múltiplas barreiras nos serviços de saúde, como o desconhecimento dos/das profissionais acerca de questões triviais, parece contribuir para um afastamento de jovens trans e não binários desses espaços.

Caio, pessoa não binária de 23 anos, fala sobre experiências antes da transição com uma médica ginecologista que foi refratária à demanda por exames de IST. A profissional teria dito a ele, quando Caio demandou por orientações sobre prevenção, que seria “mais fácil tu teres mais informações sobre isso do que eu. A gente não aprende nada sobre relações desse tipo [entre pessoas com vagina]”. Segundo a médica, não haveria risco na relação monogâmica com a namorada – uma relação entre duas pessoas com vaginas –, o que teria deixado Caio inconformado. “Tudo que existe é muito improvisado”: sintetiza a reflexão que ele faz sobre os métodos preventivos contra infecções sexualmente transmissíveis (IST) para relações sexuais entre pessoas com vagina:

O que se fala na internet é ‘cortar os dedos de uma luva de látex’. Eu não vou andar com uma luva de látex na minha mochila, e na hora que eu tiver uma relação sexual, vou dizer: ‘peraí, que eu vou cortar os dedos’. Isso não é uma

coisa que vai acontecer. Não existe isso (Caio, 23 anos, branco, pessoa não binária, Porto Alegre).

Não apenas o desconhecimento dos profissionais de saúde é discutido pelos informantes, mas também chama a atenção como percebem esforços de dissuasão frente às demandas relativas à questão do gênero levadas para os consultórios. Bernardo, pessoa trans não binária, passou por uma médica que desaconselhou o uso de testosterona quando ele buscava informações sobre a hormonização: “ela falou que tinha pouco estudo sobre também, falou que era uma coisa nova e falou que achava que eu não deveria fazer, que eu não deveria tomar, porque eu ia me arrepender no futuro” (Bernardo, 24, branco, pessoa trans não binária, São Paulo).

A pedagogia da binariedade sexual cisheteronormativa subjaz essa postura da médica, que além de não ter acolhido adequadamente Bernardo, invalida sua demanda e busca dissuadi-lo da busca de intervenções que o ajudem a sentir-se mais confortável em/com seu corpo. O conteúdo da fala da profissional oferece indícios da presença de uma sistemática conjuração de fronteiras que supostamente não deveriam ser cruzadas, ou seja, as fronteiras da diferença sexual. A menção ao arrependimento, em especial, ressalta o chamado a uma necessária adequação a uma *verdade natural dos corpos*, da qual o corpo cisgênero binário é o modelo.

Por motivos possivelmente similares, Juliano, homem trans, contou que nunca esteve em uma consulta com um ginecologista:

Eu acho que ia sentir muito constrangido, ia sentir muita vergonha... Mesmo que eu saiba, “ah, é normal, é necessário”,

mas ainda acho que isso seria muito constrangimento para mim. Então, eu talvez não iria pelo menos pelos próximos cinco anos. Eu evitaria ginecologista (Juliano, 19, pardo, homem trans, São Paulo).

O relato de Juliano aponta para um dos efeitos perversos da composição entre desconhecimento e desrespeito das necessidades de saúde de pessoas trans, travestis e não binárias pelos serviços de saúde, demonstrando que a precariedade do cuidado oferecido a esse grupo pode contribuir para a produção de um distanciamento dos usuários em relação à rede assistencial. Ao buscar por informações relacionadas a cuidados de saúde, os/as jovens afirmam que recorrem principalmente à internet e aos amigos, excluindo desse conjunto os serviços de saúde. As narrativas indicam a falta de relevância desses últimos para essa população, sobretudo no contexto analisado. Vejamos na fala de Marina:

P: Quando você tem alguma dúvida sobre sexo, sexualidade, desejo, você vai aonde? Onde você busca?

E: Na internet. No Google, ou uma pessoa que eu saiba que entende... Ou que eu acho que saiba... Mas no Google eu acho mais fácil. Pra tudo. (Marina, 18 anos, branca, mulher trans, Rio de Janeiro).

Essa análise é consistente com diversas outras pesquisas no campo, que são eloquentes ao argumentar que os jovens têm utilizado cada vez mais as mídias digitais para buscar informações sobre a saúde (Park; Kwon, 2018). Simone Ávila (2014) aponta que, entre o grupo de homens trans, as comunidades digitais são

as fontes preferenciais de informações sobre saúde, bem como profissionais recomendados e pontos de venda de hormônios. Na França, essa também é uma realidade, sendo os profissionais apenas a quarta fonte de informação sobre questões relacionadas à saúde (Jaafar *et al.*, 2023).

Bernardo também discorre sobre a dimensão do desconhecimento de profissionais da saúde quando se trata de questões relacionadas à saúde de pessoas LGBTQIA+:

[...] para transar com uma pessoa que não tivesse um pau por exemplo, isso me fazia sentir muito não sabendo me relacionar naquela situação, achando que minha saúde não tivesse sendo levada em consideração ali por completo. E também tiveram questões sobre a menstruação, de não usar absorvente e usar coletor menstrual e as médicas não saberem o que era e não só não saberem, mas falarem primeiro 'ah... não sei...' (Bernardo, 24, branco, pessoa trans não binária, São Paulo).

O relato acima corrobora com as experiências apresentadas pela literatura ao apontar que a disponibilidade do cuidado de jovens dissidentes de sexo e gênero na rede de saúde está seriamente comprometida. Quando conseguem frequentar algum equipamento de saúde, estes jovens se deparam com barreiras ao lidar com profissionais de saúde que se mostram sem qualificações mínimas e/ou colocam-se resistentes contra suas necessidades de saúde.

Os/as jovens entrevistados afirmam ainda conhecer pessoas que passaram por situações prejudiciais em seus itinerários de cuidado. Isso é compreendido como um alerta ou motivo para

evitar se aproximar da rede assistencial, uma espécie de estratégia de autoproteção. Entendemos que, em certa perspectiva, pode soar paradoxal a ideia de que para seu cuidado e preservação uma pessoa procure, entre outras coisas, distanciar-se dos serviços de saúde. Porém, a pesquisa demonstra que se trata de uma realidade concreta vivenciada por sujeitos que integram determinados grupos subalternizados.

Vale destacar que o contexto no qual os/as jovens entrevistados/as evitam o contato com profissionais de saúde é de alta vulnerabilidade, pois consiste em um período repleto de dúvidas sobre prevenção de ISTs e manejo de hormônios, por exemplo. Além disso, é frequente o isolamento dos/as jovens no âmbito familiar, uma vez que estes/as, em sua maioria, lidam sozinhos/as com seus processos de construção e afirmação de identidade sexual e de gênero. Sobre a relação com familiares, Marina afirma:

P.: Como é pra você ser uma mulher trans jovem hoje?

E.: Em termos de família, como eu disse, não é fácil. A maioria dos meus amigos é da internet. Todos eles me respeitam. É bem de boa pra eles, mas acho que... porque eles são jovens também. Mas acho que quanto mais velha a pessoa é, mais difícil é pra entender. (Marina, 18 anos, branca, mulher trans, Rio de Janeiro).

Em termos socioeconômicos e demográficos, a maioria desses/as jovens situa-se nas camadas médias e se declaram como brancos. A disponibilidade material de recursos na família, contudo, nem sempre é suficiente para garantir o acesso aos cuidados que

se façam necessários no âmbito dos serviços de saúde. Para jovens negros/as e aqueles/as em condições de maior vulnerabilidade econômica, esses desafios podem ser ainda mais intrincados, agravados por barreiras adicionais que complexificam o acesso e a continuidade do cuidado. Portanto, no conjunto de experiências dos/as jovens, seja por uma cena vivida por ele/a mesmo, ou por uma cena vivida por colegas, a relação com os serviços de saúde mostra-se frágil, instável e de pouca confiança, como pudemos observar a partir dos relatos que denotam medo e insegurança apresentados anteriormente.

Ao discutir sobre a aceitabilidade do cuidado para mulheres negras, Maria Aparecida Patroclo (2010) argumenta que enquanto prática social, o cuidado está permeado de valores que compõem não somente a formação e qualificação profissional, como organizam toda a oferta de assistência à saúde. De acordo com a pesquisadora (Patroclo, 2010, p. 57):

Evidências sugerem que a cultura presente na organização dos serviços de saúde pode: dar sustentabilidade a um ambiente no qual os pacientes são desumanizados pelos provedores, gerando tensão para a aceitação das práticas organizacionais; constituir obstáculo para implementação de modelos de cuidado centrados no paciente, especialmente em culturas autoritárias, homofóbicas e sexistas; impedem a coordenação necessária dos serviços para responder efetivamente às necessidades do paciente e estabelecer os limites organizacionais da dominância médica, burocrática e hierárquica.

Nesse sentido, a resistência dos jovens em relação aos serviços de saúde configura-se como um ato também político e ético, de defesa da própria vida e do seu modo de estar no mundo. Ao tomar de empréstimo a expressão de Patroclo (2010): “Nem tudo que você me dá eu quero e nem tudo que eu quero você me dá”, compreendemos que a recusa dos/as jovens envolve o medo da violência institucional, vividamente materializada nos julgamentos morais, no desrespeito ao nome social, e na imposição de determinado padrão de sexo e gênero. O relato de Pietra traz à luz uma cena intimamente vinculada a essa questão:

Eu fui fazer exame de covid uma vez e não fui bem atendida, sabe? Estando com meu documento ali, tendo o nome que eu quero ser chamada e não fui bem atendida. Sabe, não teve essa lisura da profissional (Pietra, 17, branca, travesti não binária, Porto Alegre).

Mais do que denunciar posturas individuais, compreendemos que a reflexão aqui elaborada em diálogo com os relatos dos/as jovens oferece uma oportunidade de explicitar e apreender os processos por meio dos quais a lógica cisheteronormativa informa, organiza e fundamenta as práticas hegemônicas na área da saúde, especialmente em serviços não especializados. A seguir, teremos contato com alguns relatos de experiências que, ao contrário, consistiram em encontros nos quais os/as jovens sentiram-se acolhidos/as e reconhecidos/as em sua diversidade. Entretanto, algumas questões permanecem e outras se interpedem, revelando um cenário de instabilidade na atenção à saúde de pessoas LBGTQIA+.

O LUGAR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA VIDA DE JOVENS TRANS, TRAVESTIS E NÃO BINÁRIOS

O SUS é presente no dia a dia de todas as pessoas que se encontram no território nacional. Entretanto, como apresentamos na parte anterior deste texto, algumas pessoas se deparam com maiores dificuldades para acessar determinados serviços e lidam com profissionais despreparados para atender pessoas cujas características escapam da norma vigente. Um exemplo disso são os variados relatos de experiências negativas vivenciadas por homens trans, mulheres trans, travestis e não binários em serviços de saúde não especializados no atendimento a esta população (Souza *et al.*, 2014; Rocon *et al.*, 2020). Diferentemente, os ambulatórios trans aparecem de forma marcante nas falas das pessoas entrevistadas; eles são tidos como refúgios onde conseguem buscar atendimento condizente, não violento e compreensivo, tal como explicitado por Pietra, Caio e Bernardo:

É um espaço que as pessoas estão ali pra isso, sabe? Por entender que, talvez, num posto de saúde seja violento. E é, né? (Pietra, 17, branca, travesti não binária, Porto Alegre).

[...] o ambulatório é um espaço para pessoas trans, então eles atuam com uma pegada de acolhimento. [...] É uma coisa que, graças a Deus, existe. Porque se não existisse, a maior parte das pessoas que eu conheço não teria acesso a fazer um tratamento assim (Caio, 23, branco, não binário, Porto Alegre).

E principalmente, acho que [são] espaços voltados - pelo

que eu percebo, não é uma procura que eu faço, mas acabo caindo - para pessoas trans. É justamente isso: pelo menos os dois lugares que eu conheço e confio mais no SUS, que eu me sinto confortável de ser atendida, são as UBS que trabalham com pessoas trans. Em Santa Cruz¹¹ se faz isso também, tem ambulatorios voltados para pessoas trans (Bernardo, 24, branco, pessoa trans não binária, São Paulo).

Outros relatos fizeram menção a experiências positivas e significativas de promoção de saúde que se deram em outros espaços que não os serviços da rede pública, como organizações não governamentais e projetos voltados para saúde sexual, com foco em Profilaxia Pré-Exposição (PrEP):

P: Quais as formas que você usa pra ter conhecimento ou tirar dúvida sobre ISTs?

E: Eu tive um contato, eu trabalhei com isso quando eu fui educadora de pares, colaboradora do projeto PrEPara Salvador¹². Eu lidei diretamente com esse assunto, com ênfase na promoção da PrEP, que é a profilaxia pré-exposição. Porém, eu tinha que ter ciência, ter conhecimento sobre ISTs no geral para lidar com o público que eu atendia. Então eu tive essa experiência que [foi a que] mais fixou [esse] assunto na minha cabeça (Cristina, 20, branca, mulher transgênero, Salvador).

11 Santa Cruz é um bairro da cidade de São Paulo. O entrevistado faz referência ao serviço especializado dessa região e da região de outro bairro, o de Santa Cecília.

12 O Projeto PrEPara funciona nas cidades de Salvador, São Paulo e Belo Horizonte, objetivando a ampliação do acesso à testagem e prevenção ao HIV/AIDS em jovens entre 15 e 19 anos. Cf: https://www.ufba.br/ufba_em_pauta/projeto-prepara-salvador-apresenta-espaco-para-prevencao-de-hiv

P: Quais formas você usa pra ter mais informação sobre IST/AIDS?

E: Internet. E na ONG também que eu trabalho, que eu me informo muito lá. Tô sempre me atualizando das notícias nos boletins de vacina, né, nos boletins de IST e AIDS. Então tô por dentro (Taylor, 24, branco, gênero fluido, São Paulo).

O que essas narrativas trazem em comum é o fato de que, em ambos os contextos, os espaços tinham como parte de seu eixo estruturante a promoção de saúde e educação sexual. Embora esses espaços não componham a rede oficial de assistência à saúde, esses relatos demonstram o potencial de acolhimento e atendimento digno encontrado em projetos, especialmente imbuídos de uma abordagem mais compreensiva em relação à sexualidade, ao sexo e ao gênero. A referência a serviços não oficiais do SUS revela a importância de considerar os múltiplos itinerários de cuidado em saúde das pessoas.

Mesmo o SUS já tendo mais de três décadas e sendo balizado pelos princípios da integralidade, universalidade e equidade, as normativas que focalizam as necessidades específicas de pessoas trans são bem mais recentes. A primeira, lançada em 2008 e nomeada “Processo Transexualizador”, inaugura uma série de normativas reconhecendo que essa população apresenta necessidades em saúde que devem ser abordadas de forma própria (Brasil, 2008). É importante sublinhar que essa política foi conquistada com muita luta pelos movimentos trans que, mesmo naquela época, demandavam nada mais que o direito à saúde, presente desde a Constituição de 1988.

Essa conquista se deu de forma parcial, tendo em vista que homens trans parecem terem sido deixados de lado neste processo. A quase totalidade dos procedimentos contemplados pela Portaria n.º 1.707, de 18 de agosto de 2008 (como vaginoplastia e implantes de silicone), é direcionada a mulheres trans (Brasil, 2008; Ávila, 2014). Tal realidade muda de forma limitada com a ampliação e reformulação do Processo Transexualizador em 2013, que passa a incorporar procedimentos específicos para homens trans, bem como ampliar o número de serviços ambulatoriais habilitados para acompanhar pessoas trans (Brasil, 2013).

A baixa adesão dos estados e municípios a essa política é um fator crucial para discutir acesso e cuidado em saúde, uma vez que, desde seu lançamento, contava apenas com cinco hospitais em todo o país capacitados para realizar procedimentos cirúrgicos relacionados à transição de gênero (Brasil, 2013). Apesar de haver aumento no número de serviços que realizam procedimentos para alteração corporal, como hormônios e cirurgias, eles continuam concentrados no eixo sul-sudeste (Brasil, 2024).

Como resultado dessa não universalização de serviços, muitas pessoas precisam se deslocar de seus municípios e, não raro, de seus estados, para ingressar nos ambulatórios especializados (Bento, 2006; Ávila, 2014). Mesmo quando há serviços disponíveis no município, o acesso de pessoas trans pode ser dificultado pela extensão da cidade e a distância para alcançá-los, juntamente com horários de atendimento restritos. Essa questão é evidente em homens trans e pessoas transmasculinas que utilizam testosterona. Essa medicação é de uso controlado e exige uma receita nova

mensalmente para que a pessoa possa adquiri-la. Caio não é diretamente afetado por isso, porém essa questão o sensibiliza:

Para mim é 'de boa', porque eu moro muito perto. Mas imagina para uma pessoa que mora longe e tem que ir lá a cada vez que vai pegar uma receita? (Caio, 23, branco, não binário, Porto Alegre).

O financiamento do sistema público de saúde também influencia na organização da atenção e deve-se considerar que muitos desses equipamentos funcionam a partir de iniciativas próprias de municípios e estados. Isso faz com que existam divergências e heterogeneidades nos serviços ofertados, bem como no (tipo de) atendimento dos profissionais, pois o capital financeiro de cada localidade pode variar significativamente. Essa questão é trazida por Caio e Pietra, ao apontarem que falta estrutura nos serviços de saúde que frequentam, apesar de considerarem “bons” os profissionais do serviço em que realizam seu acompanhamento:

São dois dias da semana e só no turno da noite. Por isso demora para você conseguir [uma consulta]. [...] E eu entendo que não é culpa das pessoas que trabalham ali. Eles super se esforçam. Mas é uma questão de quem está mais em cima, não se importa de fato. (Caio, 23, branco, não binário, Porto Alegre).

[Eu fui] muito bem atendida, por mais que tenha pouquíssima gente trabalhando lá e as verbas não consigam chegar também por questão de embargo político, né? (Pietra, 17, branca, travesti não binária, Porto Alegre).

Dados de pesquisa recente mostram que a existência de um serviço talhado para as especificidades de pessoas trans e com profissionais capacitados e sensibilizados para suas demandas pode aumentar o acesso dessa parcela da população ao SUS (Thomazi *et al.*, 2024). Mas, apenas uma aproximação com as temáticas de diversidade de gênero não é suficiente caso não se considere outros marcadores sociais da diferença. De acordo com levantamentos realizados por movimentos trans, a esmagadora maioria das mulheres trans e travestis não estão presentes no mercado formal. Dessa forma, conseguem seu sustento a partir de trabalhos informais ou precarizados, como a prostituição (Benevides, 2024). O caso de Caio elucida como a imbricação de classe social e gênero, na medida em que precisa de um acompanhamento em saúde, mas não consegue comparecer nos horários disponíveis, impactando em sua experiência negativa na busca por atendimento médico:

Eu trabalhava de tarde, então eu não tinha tempo livre nunca no horário comercial. [...] Eu queria marcar uma consulta com esse médico e a secretária falou: 'para tu poderes marcar a consulta, tu tens que vir aqui preencher uma anamnese'. Então eu faltei à aula e preenchi toda aquela coisa. Foi meio intenso, porque além da anamnese, tinham algumas perguntas. Por exemplo: 'dentro de um espectro de gênero, tendo uma extremidade feminina, e outra masculina e no meio não-binário, em qual espectro que você se enxerga?, qual é o seu nível de disforia em várias partes do corpo?, o que tu tens vontade de mudar? etc'. Só que era bem no início da minha transição e eram várias respostas que eu nem sabia dar para ele. Eu só queria conversar, sabe? Eu preenchi a ficha, entreguei

para a mulher e marquei a minha consulta. Eu pedi a ela: ‘tem como tu me dares um atestado para eu dizer que eu tava aqui? Porque eu estou matando aula’. E ela disse ‘não, porque tu não consultou’. E eu respondi: ‘mas eu tinha que estar aqui para poder consultar em algum momento. Eu estou aqui e preciso justificar a minha falta no curso’. Ela não quis me dar e quando chegou no dia da consulta, o médico não tinha nem lido a ficha. Então, eu podia ter chegado 10 minutos antes e ter preenchido a ficha (Caio, 23, branco, não binário, Porto Alegre).

Outra questão relevante no relato é a discrepância entre o que ele procurava ao buscar um profissional de saúde e o que esse profissional pensava que uma pessoa trans necessitaria ao encontrá-lo: hormônios¹³. Esse ponto também surge na entrevista com Bernardo, quando relata a busca por um atendimento referente a sua saúde sexual e reprodutiva, no qual ao solicitar informações e recomendações sobre prevenção a IST, o retorno que recebia era apenas referente à prevenção de contracepção:

P: De maneira geral, nessas outras relações, vocês tomavam precauções em relação à gravidez ou a IST?

E: A camisinha só.

P: Não teve algum outro método?

E: Não. Eu cheguei a ir atrás, mas sempre as respostas que eu tinha, de ir atrás de perguntar pro médico e tudo mais, era [justificada pela] questão hormonal. E aí, por eu já ter uma experiência negativa com isso e também agora eu já

13 A associação entre saúde de pessoas trans e hormônios é um tema complexo que demandaria uma discussão mais profunda e cuidadosa, já realizada por algumas pessoas pesquisadoras como Berenice Bento (2006), Simone Ávila (2014) e Paul Preciado (2018).

estar pensando em começar a testosterona... É um outro hormônio, que pode causar a infertilidade ou não, mas é uma possibilidade. Mas não é um método contraceptivo. Eu sempre confio muito mais na camisinha, até porque eu considero que é o jeito de prevenir ISTs. Os outros [métodos] só hormonais não previnem. (Bernardo, 24, branco, pessoa trans não binária, São Paulo).

Ao criar uma imagem única e exotizada do que é uma pessoa trans (aquela que nasceu no corpo errado e necessita, impreterivelmente, de alterações e correções biomédicas), instituiu-se caminhos e formas de ingresso em serviços baseados apenas nessa representação. Isso não apenas estigmatiza, mas também limita a autonomia e a agência desses indivíduos que precisam podar suas subjetividades para poderem acessar o cuidado (e serviços) de saúde. Dessa forma, são frequentemente retratados como: doentes passíveis de cura/tratamento; ou, vítimas que precisam ser tuteladas, negando seu vasto histórico de lutas e conquistas, além de densa produção de saber e articulações políticas que têm produzido ao longo das décadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em primeiro lugar, ressaltamos o distanciamento de pessoas trans jovens do cotidiano dos serviços públicos de saúde. Os relatos apresentados neste estudo mostram experiências marcadas por desconhecimentos, desinteresse, desrespeito e falta de atenção. Esse afastamento, que pode ser uma medida de proteção contra violências, acaba por colocar outros atores no complexo circuito do

cuidado, como os pares e as mídias digitais, onde nem sempre as informações disponíveis são fidedignas ou corretas.

Entretanto, profissionais e serviços que propiciam acolhimento digno influenciam positivamente as possibilidades de acesso para jovens trans. Vale dar destaque à dimensão positiva com que são retratados os ambulatorios trans. Esses serviços existem desde 2008 na letra da política nacional, mas só em anos recentes vêm sendo adotados pelos mais diversos municípios brasileiros. Apesar desta expansão ser salutar, há de se tomar cuidado com uma certa “ambulatorização” da saúde trans, delegando apenas a esse nível de complexidade o cuidado em saúde desse grupo populacional.

Corroborando com outros estudos que se debruçam sobre populações trans e a atenção à saúde (Bento, 2006; Ávila, 2014; Souza *et al.*, 2020; Malatino, 2020; Rocon *et al.*, 2020), este trabalho sublinha a importância das redes de apoio para não apenas orientar e sensibilizar profissionais para a causa trans, mas também para o compartilhamento de dicas e estratégias vindos de quem já vivenciou experiências positivas e negativas em serviços de saúde. Trata-se de nos mantermos, enquanto profissionais e pesquisadores de saúde, abertos para o conhecimento produzido desde os movimentos sociais. Por outro lado, alerta para a necessidade de qualificação do acesso e do acolhimento de jovens trans, travestis e não binários nas redes de serviços de saúde, em especial no SUS, que se propõe como universal, integral e equânime.

A dificuldade de encontrar interlocutores/as trans negros/as e que vivam em locais afastados de grandes centros urbanos resulta em uma dificuldade de vislumbrar barreiras e afastamentos

dos serviços públicos e privados ainda mais potencializados do que os aqui expostos. É fulcral que pesquisas e políticas públicas incidam sobre a realidade, ainda pouco discutida, dessas populações. Outro ponto a ser abordado é a noção, ainda presente entre profissionais de saúde e as próprias políticas públicas, de que os cuidados em saúde de pessoas trans são resumidos à utilização de hormônios e prevenção de IST. Indo além, estes temas seguem sendo abordados por muitos serviços e profissionais de saúde balizados pela cisheteronorma.

Em suma, as experiências e perspectivas de pessoas trans sobre os serviços de saúde, apresentam-se como questão pungente nas biografias de jovens trans, travestis e não binários. Os caminhos de cuidado e os desafios enfrentados nestes percursos constituem um campo candente para estudos sobre população trans, podendo constituir potentes subsídios para reformulações baseadas nas premissas e pautas dos direitos humanos e do direito à saúde para todas as pessoas.

REFERÊNCIAS

ÁVILA, S. **Transmasculinidades**: a emergência de novas identidades políticas e sociais. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Multifoco, 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo, SP: Edições 70, 2016.

BENTO, B. **A (re)invenção do corpo**: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html. Acesso em: 5 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Atenção Especializada à Saúde da População Trans (PAESPopTrans) — Ministério da Saúde**. [S. l.], 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2024/janeiro/paespoptrans/view>. Acesso em: 7 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html. Acesso em: 18 jul. 2024.

CABRAL, C. S. Juventudes, sexualidade e saúde: reflexões teóricas e metodológicas a partir de uma pesquisa multissituada sobre trajetórias afetivo-sexuais juvenis. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 1-14, set. 2024. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024240041pt>

JAAFAR, S. *et al.* Hormonothérapie injectable et réduction des risques: pratiques, difficultés, santé des personnes trans en France. **Santé Publique**, [s. l.], v. 34, n. HS2, p. 109–122, 2023.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo – corpo e gênero dos gregos a Freud**. Trad. Vera Whately. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LOURO, G. L. **Um corpo estranho**: Ensaios sobre sexualidade e teoria queer. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

MALATINO, H. **Trans care**. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2020.

PARK, E.; KWON, M. Health-Related Internet Use by Children and Adolescents: Systematic Review. **Journal of Medical Internet Research**, [s. l.], v. 20, n. 4, p. e120, 2018.

PATROCLO, M. A. Nem tudo que você me dá eu quero e nem tudo que eu quero você me dá: Um ensaio sobre a aceitabilidade do cuidado. In: WERNECK, J. (Org.). **Mulheres Negras**: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Criola, 2010.

PRECIADO, P. **Manifesto Contrassexual**. Trad. Maria Paula Gurgel Ribeiro. São Paulo: n -1 edições, 2017.

PRECIADO, P. **Transfeminismo**. São Paulo: n -1 edições, 2018a.

ROCON, P. C. *et al.* Acesso à Saúde pela População Trans no Brasil: Nas entrelinhas da Revisão Integrativa. Trabalho, **Educação e Saúde**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. e0023469, 2020.

SOUZA, M. H. T. de *et al.* Itinerários terapêuticos de travestis da região central do

Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 19, p. 2277–2286, 2014.

THIEDE, M.; AKWEONGO, P; MCINTYRE, D. Exploring the dimensions of access. In: MCINTYRE, D; MOONEY, G. (Orgs.). **The Economics of Health Equity**. p. 103-123. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.

THOMAZI, G. L. *et al.* Onde estão as transmasculinidades no SUS? Perfil sociodemográfico e de acesso de homens trans e transmasculinos vinculados ao Ambulatório Trans de Porto Alegre/RS, 2019 - 2021. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2024 (no prelo).

MORTALIDADE MATERNA E INTERSECCIONALIDADE

Cíntia Rigotto Silveira

Nesta produção, pretendemos discutir os óbitos maternos e sua relação com as iniquidades em saúde, a interseccionalidade que atravessa as mulheres que morrem durante o ciclo gravídico-puerperal e o sexismo e a misoginia que implica o cuidado em saúde, gerando consequências para as mulheres e as violações de Direitos Humanos que são implicadas neste contexto.

Antes de iniciar a análise dos dados e suas implicações, é importante mencionar que, desde 2004 existe uma portaria (GM/MS n.º 1.172) a qual estabelece a vigilância epidemiológica de mortes maternas como uma atribuição de estados e municípios e que, em 2007, foi promulgada nova portaria (GM/MS n.º 1.119) regulamentando esta vigilância, tornando-a obrigatória e estabelecendo fluxos e prazos. Para tal, existe campo específico na Declaração de Óbito – padronizada – que identifica se a mulher estava gestante ou no puerpério. Os campos 43: “a morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto?” e 44: “A morte ocorreu durante o puerpério?” devem ser preenchidos corretamente.

Além disso, é competência e obrigação dos comitês de investigação de óbito materno o preenchimento das fichas de investigação de óbito materno, tanto hospitalar quanto

ambulatorial, para futura classificação, identificação e análise epidemiológica destes eventos (Brasil, 2009). Esta investigação envolve mais que separar as declarações de óbitos com os campos acima mencionados preenchidos. É necessária uma análise de todos os óbitos de mulheres em idade fértil – pessoas do sexo feminino entre 10 e 49 anos – já que existe a possibilidade de, no momento do óbito, o profissional de saúde não questionar os familiares sobre uma possível gestação ou parto/aborto recentes, e, portanto, não preencher corretamente a declaração de óbito. Também é importante mencionar que muitas declarações de óbito não têm os campos escolaridade e raça/cor preenchidos (Claudino, 2023).

Alguns conceitos são importantes de serem estabelecidos antes de continuarmos, assim ficará mais fácil o entendimento deste texto como um todo. Importante dizer que usaremos os conceitos do Manual dos Comitês de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde:

Morte materna: é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez, ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais.

Morte materna obstétrica direta: é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas.

Morte materna obstétrica indireta: é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (Brasil, 2007, p. 12).

A mortalidade materna continua sendo um problema de saúde pública no mundo todo, principalmente em países do Sul Global. Para além do desfecho desfavorável que é o óbito, as consequências familiares e comunitárias que abatem as pessoas próximas após um óbito materno – e que poderíamos estender aos óbitos infantis e fetais – são devastadoras e têm impacto direto na saúde mental e relacional dessas pessoas. Bezerra e Andrade apontam que:

Os principais fatores que contribuem para a morte materna podem ser divididos em orgânicos, psíquicos, sociais e assistenciais. Esses fatores estão intimamente relacionados entre si, constituindo elos de uma cadeia de eventos, cuja fragilidade é determinada pelo elo mais fraco, que pode, portanto, determinar o risco e a morte. Dentre esses fatores, podem ser mencionados: a idade materna, assistência pré-natal e qualidade da assistência, existência de um sistema de referência e contrarreferência e a via de parto (Bezerra; Andrade, 2022).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) nos diz que as principais causas de óbitos maternos ainda são as hemorragias, infecções e hipertensão arterial, além de causas indiretas como anemias. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, *s.d*),

também cita que, para evitar mortes maternas “é essencial evitar gestações indesejadas ou gestações precoces. Todas as mulheres [...] devem ter acesso à contracepção, serviços de aborto seguro, na medida do permitido pela lei, e cuidados pós-aborto de qualidade.” A OMS também estima que, por ano, são realizados em torno de 140 milhões de partos, e que em 2019, 81% desses partos foram acompanhados por profissionais de saúde habilitados.

Em que pese mais de 80% dos partos serem assistidos por profissionais de saúde, não são necessárias intervenções de tecnologia avançada ou extremamente complexas. O trabalho vivo de Emerson Merhy (2019) nos diz que é necessário estar presente, e que o cuidado em saúde é sempre coletivo. Nenhum de nós pode dar conta sozinho. Para tal, o uso de tecnologias leves, que também são do campo das relações no trabalho, são parte importante para a melhoria do cuidado no ciclo gravídico-puerperal. Bezerra e Andrade (2022) novamente nos conduzem à reflexão, trazendo a necessidade da mudança dos conteúdos de obstetrícia nas escolas de medicina e enfermagem, cujo aspecto mais simples da obstetrícia tem sido escanteado, já que aproximadamente 70% dos casos podem ser sanados com atendimentos clínicos e sem grandes aparatos tecnológicos.

Apesar dos avanços significativos na medicina, a Organização Pan-Americana da Saúde ([s.d.]) destaca que um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 é reduzir a mortalidade materna global para menos de 70 óbitos por 100 mil nascidos vivos (NV) e, no caso específico do Brasil, alcançar uma redução para 30 óbitos por 100 mil NV. Entre os anos de 2010 e

2020, a razão de mortes maternas (RMM) no Brasil saiu de 68,9, chegando na sua menor razão em 2019 com 57,9 e em 2020, com o advento da Pandemia de covid-19, voltando a subir para 74,7. A Região Sul, historicamente, possui a menor RMM do país (Brasil, 2022). Em 2020, 17% dos óbitos maternos no Brasil tiveram associação direta ou indireta com a covid-19, tendo seu pico em maio, com 74 óbitos. A Região Sul foi a que apresentou o menor percentual de óbitos maternos relacionados diretamente com a pandemia. Ainda com dados extraoficiais, a RMM do país em 2021 chegou a 117,4 e em 2022 baixou novamente para 57,7. Mesmo com a redução, ainda estamos longe da meta estabelecida de 30 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos.

O Observatório Obstétrico do Brasil (OOBr) nos traz um compilado de dados sobre óbitos maternos, vigilância de saúde materna e alguns indicadores obstétricos. Todos esses dados nos ajudam a enxergar como estamos cuidando e atendendo essas mulheres durante seu ciclo gravídico-puerperal. Por exemplo, analisando os dados do OOBr, de óbitos maternos agrupados, na série história de 2017 a 2024 (lembrando que o ano corrente e o ano anterior no que toca informações do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) são sempre dados parciais), no quesito raça/cor, a porcentagem de óbitos de mulheres pardas é sempre maior que 50% do total de óbitos maternos. Se acrescentarmos as mulheres pretas e classificarmos como mulheres negras, o somatório é sempre superior a 60%.

Destaca-se ainda que, na média dos anos de 2019 a 2022, dentre os óbitos maternos diretos, as principais causas foram as

hipertensivas (30,87%), hemorrágicas (19,5%), infecciosas (6,9%) e aborto (5%). Causas essas, em sua grande maioria, evitáveis com acesso oportuno ao pré-natal (PN) e manejo adequado no parto.

Em que pese este texto tratar de óbitos maternos, é importante lembrarmos que alguns eventos durante o ciclo gravídico-puerperal são relevantes para compreendermos os desfechos e os cuidados em saúde dessas mulheres. Como, por exemplo, o quantitativo de cesarianas, independentemente do tipo de assistência pública ou privada no Brasil. Desde 2010, mais de 52% dos nascimentos no país são por meio de cesarianas, quando o preconizado pela OMS (2022) é de, no máximo, 15%. Quanto ao número de consultas de PN, somente a partir de 2018 que a porcentagem de sete consultas ou mais chegou nos 70%. O Boletim Epidemiológico de 2022 do Ministério da Saúde, já citado acima, nos mostra que em 2020, 65% dos óbitos maternos foram de mulheres negras (N. 1284), e que somente 13% delas possuíam 12 anos ou mais de escolaridade.

Na discussão de quem são as mulheres em período fértil que morrem neste país é inadiável considerar as interseccionalidades que nos atravessam. Quando falamos de cuidado em saúde durante o ciclo gravídico-puerperal, as mulheres negras e com menos escolaridade possuem os piores indicadores, seja na peregrinação em busca de cuidado, em receber menos informações durante o pré-natal (PN), quanto em relação à violência obstétrica (VO). Neste último caso, diferente de mulheres brancas, a não intervenção está diretamente relacionada ao racismo, ao “deixar sofrer” para as mulheres negras e pobres.

Este desfecho desfavorável, para não dizer perverso, precisa ser analisado de forma conjunta com outros fatores que envolvem a saúde das mulheres, como, por exemplo, o near miss materno (NMM). O NMM é, segundo o guia de abordagem da OMS:

A maternal near-miss case is defined as “a woman who nearly died but survived a complication that occurred during pregnancy, childbirth or within 42 days of termination of pregnancy”. In practical terms, women are considered near-miss cases when they survive life-threatening conditions (i.e. organ dysfunction) (OMS, 2011, p. 7)¹⁴.

Diferente dos óbitos maternos que são de investigação compulsória, possuem comitês em todas as esferas de governança (municípios, estados e federação) e aparecem em banco de dados consolidados como o SIM, os casos de NMM dependem de investigações por prontuários, com informações do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), o que dificulta a análise e real dimensão dos casos. Segundo Domingues *et al.* (2024), o NMM poderia ser considerado um evento sentinela para os óbitos maternos, além da hipótese de que

[...] a morbidade materna grave e a mortalidade perinatal estão associadas às condições socioeconômicas das mulheres, tais quais raça/cor da pele, escolaridade e renda, bem como o acesso oportuno a serviços de

14 Tradução nossa: um caso de near miss materno é definido como “uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação que ocorreu durante a gestação, o parto ou até 42 dias após o término da gestação”. Em termos práticos, as mulheres são consideradas casos de near miss quando sobrevivem a condições potencialmente fatais (isto é, disfunção orgânica).

assistência pré-natal, ao parto e ao cuidado neonatal (Domingues *et al.*, 2024, p. 3).

Para tal, o mesmo artigo apresenta um “protocolo do estudo de avaliação da morbidade materna grave e da mortalidade perinatal no Brasil.” (p. 3), propondo: lista de condições utilizadas para a vigilância da morbidade materna; critérios para definição de morbidade materna grave (divididos em distúrbios hemorrágicos, distúrbios hipertensivos, outros distúrbios sistêmicos e indicadores de gravidade de manejo); critérios para definição de caso de near miss-materno (com critérios clínicos, laboratoriais e de manejo); indicadores de morbidade materna e de mortalidade perinatal. Como se trata de uma grande pesquisa nacional ainda em fase de coleta e tratamento de dados, esperam-se grandes resultados como na pesquisa Nascer no Brasil, realizada entre 2011 e 2012.

À luz de todos estes dados, urge a retomada de uma discussão já iniciada na implantação da Rede Cegonha, que toca a mudança de paradigma do parir no Brasil. Como nos diz Esther Vilela, “Um parto humanizado, que assegura os direitos da mulher, é um ato revolucionário. Assim, todo parto é uma revolução”. Isto posto, esta revolução no direito de parir neste país deve ser atravessada por uma cultura antimachista e antirracista.

Importante mencionar a alteração recente da já conhecida Rede Cegonha para Rede Alyne (2024), em homenagem¹⁵ à Alyne Pimentel, jovem negra carioca, que faleceu em 2002 vítima de

¹⁵ Sinônimo de homenagem, ou melhor, uma escolha política de palavras utilizadas para nos referirmos às mulheres e honrar sua existência.

negligência médica durante a gestação, e que gerou ao Brasil a primeira condenação de um país por morte materna no mundo.

A Justiça Reprodutiva de Loreta Ross e as SistersSong¹⁶, mais que um conceito muito dito ultimamente, é um manifesto à humanização das mulheres. É uma exigência que nos enxerguem como seres humanos completos, dignas de respeito e cuidado. Mais do que termos o direito de escolher se queremos ou não ter filhos, precisamos retomar a discussão sobre de que forma vamos parir essas crianças – e neste texto nem entraremos no mérito do futuro destas mesmas crianças.

Como mencionamos acima, o fato de a maior causa de óbitos maternos estar relacionada à hipertensão, causa evitável, de fácil diagnóstico e tratamento, nos revela a displicência com que o PN é tratado. É o retrato do descaso e do não uso do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2000), que preconiza que “toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;” (Art. 2º, alínea a), reforçado anos depois pela Rede Cegonha e agora pela Rede Alyne.

Obviamente, políticas, protocolos, programas e incentivos financeiros não bastam para que tenhamos direitos humanos garantidos. Como nos diz Pasche *et al.*,

A luta pela conquista e manutenção de direitos, inclusive o direito a ter direitos, constituiu boa parte da história do século XX, e o mesmo pode ser observado nas primeiras

16 Grupo de mulheres formado em 1997 por 16 organizações de mulheres não brancas de quatro comunidades (Native American, African American, Latina, e Asian American), que reconheceram seu direito e responsabilidade de lutar pelas suas comunidades e necessidades.

décadas do século XXI. A conquista por direitos, parte consagrados em documentos declaratórios, parte deles inscrita em políticas públicas, então afirmativas de direitos, se estabelece no embate social, político, cultural e econômico entre classes sociais e seus mais variados segmentos. Em linhas gerais, a inscrição de direitos pode ser enunciada como resultante de disputas que, em última instância, determinam quem e como se apropriará dos recursos materiais e em qual proporção (2017, p. 119).

Neste caso, mulheres, principalmente as negras e as pobres, que, em tese, deveriam ter seus direitos assegurados, são as que menos acessam estas políticas que asseguram a justiça reprodutiva – decidir ter filhos, acessar os serviços de saúde, ser atendida com respeito e atenção, parir de forma respeitosa e criá-los com dignidade.

E qual será a melhor forma de pensar no cuidado durante o ciclo gravídico-puerperal para que baixemos nossa razão de mortalidade materna e o near miss materno? Talvez pelas lentes da interseccionalidade. Collins, quando fala de desigualdade econômica, nos indica um caminho para usar a interseccionalidade como possibilidade de acesso à saúde de forma equânime: “Estruturas interseccionais que vão além da categoria de classe revelam como raça, gênero, sexualidade, idade, capacidade, cidadania etc. se relacionam de maneiras complexas e emaranhadas para produzir desigualdade econômica” (2020, p. 35).

Porém, se palavras escritas por burocratas, técnicos e profissionais da área da saúde não nos garantem a dignidade do gestar e parir com respeito e cuidado, de que forma podemos exigir que tenhamos nossos direitos garantidos?

Nesse sentido, a democracia participativa é um forte pilar da social-democracia porque pressupõe que a promoção da ampla participação dos cidadãos de ambos os sexos e o acesso justo aos processos de tomada de decisão do Estado de bem-estar social fortalecem as instituições democráticas. Desemprego, pobreza, discriminação racial e de gênero, falta de moradia, analfabetismo, saúde precária e problemas sociais semelhantes constituem ameaças ao bem público quando permanecem sem solução (Collins; Bilge, 2020).

Desta forma, pensar em métodos de trabalho que não separem o usuário do sistema de saúde, do trabalhador e do gestor são ferramentas possíveis para um cuidado em saúde mais humano e equânime. O conceito de cogestão e colegiado de Gastão Wagner de Sousa Campos (1998) para governança nos serviços de saúde é uma opção plausível e bastante promissora para aqueles que sonham com um serviço de saúde pensante e pulsante. Trabalhar de forma que as principais pessoas envolvidas no cuidado – as mulheres e as trabalhadoras em saúde – sejam protagonistas na mudança de paradigma.

Entender que as mulheres são parte do seu próprio cuidado, e que devem ser protagonistas de suas vidas – e isso inclui o ciclo gravídico-puerperal – pode auxiliar em uma clínica ampliada e compartilhada (Sampaio, 2014). Dessa forma, singularidades são gritantes, e nenhum detalhe passa despercebido. Voltemos à maior causa de óbito materno – a hipertensão. Incentivar a gestante a perceber as mudanças no próprio corpo, conhecer sua ocupação e rotina, explicar a relação da alimentação com as alterações

de pressão arterial, incentivar a prática de atividades físicas compatíveis com as condições biológicas, enfim, trazer essa mulher para o centro de cuidado da própria gestação.

Inserida nesta perspectiva, o combate ao racismo, ao sexismo e ao machismo estariam entrelaçadas entre usuárias e trabalhadoras. Existiria um compromisso mútuo de respeito, valorização de saberes, afeto e a valorização dos direitos humanos das mulheres. Ter cuidado aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) nos coloca em um lugar de atenção a pontos vezes ou outras esquecidos.

No mesmo caminho, desde 2015 temos a portaria n.º 7/2015, que estabelece as diretrizes para Centros de Parto Normal (CPN) no Brasil. Estes estabelecimentos de saúde, voltados para gestações e partos de risco habitual, possuem potencial para desafogar maternidades cuja complexidade está voltada para gestações de alto risco e que, de fato, precisam de tecnologias avançadas e maior suporte.

Segundo dados do DataSUS/Tabnet de agosto de 2024, temos, no Brasil, 33 CPN, sendo a maioria deles (N.18) na Região Nordeste do país – as demais Regiões Norte, Sudeste e Centro-Oeste possuem cinco cada. Os estados da Região Sul – Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná não possuem nem um CPN. Em junho de 2024, no lançamento do Novo Programa de Aceleração de Crescimento (PAC) Saúde pelo governo federal, foram reservados 93 milhões de reais para a construção de CPN em todo país. O projeto prevê beneficiar mais de dois milhões de gestantes. Segundo o painel de monitoramento (2024) de propostas aceitas, no estado do Rio Grande do Sul, somente o município de Bagé enviou propostas e será contemplado. O projeto prevê:

[...] 5 suítes de pré-parto, parto e pós-parto, com banheira, áreas internas e externas de ambulância, com espaços que possibilite a presença de acompanhante de livre escolha da mulher e áreas de apoio técnico e de estímulo ao parto normal e humanizado, em conformidade com a normas que regulamentam os serviços de obstetrícia e neonatologia, além de serem uma edificação inclusiva e sustentável (Ministério da Saúde, 2024, on-line).

Estas informações nos revelam a falta de comprometimento dos gestores e profissionais de saúde que estão (ou deveriam estar) implicados no cuidado das mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

Em *live* promovida pelo Instituto Nacional Fernandes Figueira no final de 2018, os especialistas Dianne Soares e Adalberto Aguemi, trouxeram diversos aspectos importantes sobre os CPN e as salas PPP (pré, parto e pós-parto) – estas últimas são preconizadas em maternidades que fazem parte da Rede Cegonha/ Rede Alyne. Afinal, qual seriam as conexões entre a ambiência das salas de parto, mortalidade materna e as interseccionalidades que atravessam esses eventos? Talvez seja a autonomia, a tranquilidade de acompanhante de livre escolha e menos intervenções desnecessárias, considerando que a ambiência de um serviço de saúde não trata só de alterações arquitetônicas. Logo, ela envolve uma mudança na forma de cuidado e comprometimento das equipes de saúde em uma outra forma de assistência à saúde:

A filosofia do quarto PPP é exatamente o oposto do modelo tradicional, convencional, que são os pré-partos. Neste modelo tradicional, quando a mulher está no momento de ganhar o bebê ela é removida de maca para o centro

obstétrico, no qual há uma sala cirúrgica. [...] não se trata do que pode ser realizado lá, mas do que não se deve realizar, de intervenções desnecessárias. A ideia é não ser intervencionistas. Deixar os procedimentos de intervenção para uma sala cirúrgica tradicional [...] É importante entender que os quartos PPP devem ter uma filosofia diferente para seu funcionamento. É importante que toda equipe entenda esse funcionamento e organização. [...] Os quartos PPP e os Centros de Parto Normal devem ter, ao máximo, uma cara de casa, pois este é o local onde a parturiente vai se sentir em casa e confortável, não em um ambiente hospitalar tradicional, frio (Soares; Aguemi, 2019).

A conclusão, não permanente e imutável, deste texto é que, não existe mudança epidemiológica de óbitos maternos e de near miss materno – e vamos incluir aqui as perdas gestacionais e óbitos infantis – sem mudanças de paradigmas de cuidado. O que inclui a mudança de entendimento do evento gestação/parto e sua assistência nos estabelecimentos de ensino, nos serviços de saúde, de gestores e técnicos responsáveis.

Também nos convoca, enquanto sociedade civil, a lutar pelo reconhecimento das interseccionalidades no cuidado em saúde, no enfrentamento aos óbitos evitáveis, no combate às opressões de raça e de gênero, colocando as mulheres no centro das decisões sobre sua própria saúde. Educação sexual para prevenir, métodos contraceptivos para balizar decisões individuais, assistência adequada e equânime para evitar condições de morbidade, parto ou aborto seguro para não morrermos.

É urgente a (re)ação dos movimentos feministas comprometidos com a saúde de todas nós e que compreendam que somos sujeitas

diversas e que o princípio básico do SUS, a equidade, serve para que necessidades diferentes sejam tratadas de formas diferentes.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, K. K. S.; ANDRADE, M. S. P. B. de. **Mortalidade materna: um desafio para a saúde pública mundial.** [S. l.], 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserrh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hujb-ufcg/comunicacao/noticias/parto-seguro>. Acesso em: 1 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Vol. 53 - nº 20 — Ministério da Saúde.** [S. l.], MS, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS/TABNET.** Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES. Acesso em: 1 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Normas E Manuais Técnicos. **Guia De Vigilância Epidemiológica Do Óbito Materno.** [S. l.]: MS, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Dispõe sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1172, de 15 de junho de 2004.** Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.119, DE 5 DE JUNHO DE 2008.** Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Alyne: conheça a história da jovem negra que deu nome ao novo programa de cuidado integral à gestante e bebê.** [S. l.], MS, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/setembro/rede-alyne-conheca-a-historia-da-jovem-negra-que-deu-nome-ao-novo-programa-de-cuidado-integral-a-gestante-e-bebe>. Acesso em: 14 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. A. Normas E Manuais Técnicos. **Manual Dos Comitês De Mortalidade Materna.** [S. l.]: Ms, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Trinta Centros de Parto Normal serão construídos com recursos do Novo PAC.** [S. l.], 2024. Notícia. Disponível em: <https://agenciagov.etc.com.br/noticias/202406/trinta-centros-de-parto->

normal-serao-construidos-com-recursos-do-novo-pac-1. Acesso em: 1 set. 2024.

CAMPOS, G. W. de S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 14, p. 863–870, 1998.

CLAUDINO, V. **ARTIGO: 28 de maio - Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher e Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna**. [S. l.], 2023. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/3026-artigo-28-de-maio-dia-internacional-de-luta-pela-saude-da-mulher-e-dia-nacional-de-reducao-da-mortalidade-materna>. Acesso em: 1 set. 2024.

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

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Mortalidade perinatal, morbidade materna grave e *near miss* materno: protocolo de um estudo integrado à pesquisa *Nascer no Brasil II*. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 40, p. e00248222, 2024.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro. [2019?]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>. Acesso em: 1 set. 2024.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications. The WHO near-miss approach for maternal health**. [S. l.], OMS, 2011.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde materna - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-materna>. Acesso em: 28 ago. 2024.

PINHEIRO, R.; GERHARDT, T. H.; ASENSI, F. D. Vulnerabilidades e Resistências na Integralidade do Cuidado: pluralidades multicêntricas de ações, pensamentos e a (re)forma do conhecimento. *In*: PINHEIRO, R.; GERHARDT, T. H.; ASENSI, F. D. (Org.). Vulnerabilidades e resistências na integralidade do cuidado: pluralidades multicêntricas de ações, pensamentos e a (re)forma do conhecimento. [S. l.: s. n.], p. 414–414, 2017.

SAMPAIO, R. de C. Clínica Ampliada e Compartilhada. **REDE HUMANIZA SUS**. 2014. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/85422-clinica-ampliada-e-compartilhada/>. Acesso em: 31 ago. 2024.

SOARES, D.; AGUEMI, A. **Principais Questões sobre Ambientes de Atenção ao Parto**. [S. l.], 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-ambientes-de-atencao-ao-parto/>. Acesso em: 1 set. 2024.



INTERSECCIONALIDADE E GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA A SAÚDE DA MULHER

Amanda Ferreira de Carvalho
Carolina Araujo Londero
Maíra Brandli Oliveira

APRESENTAÇÃO

A gravidez na adolescência é um fenômeno complexo que transcende o aspecto biológico da gestação, englobando uma variedade de fatores sociais, culturais e econômicos que moldam a experiência das adolescentes que se tornam mães. A gestação precoce é influenciada por interseções de identidade, como gênero, classe e raça, que afetam diretamente o acesso a serviços de saúde, suporte social e oportunidades educacionais (Martins, 2021; Davis, 2016). Embora as taxas de gravidez na adolescência tenham diminuído nas últimas décadas no Brasil, ainda há um número significativo de adolescentes que se tornam mães, especialmente entre aquelas em situações de vulnerabilidade (Monteiro *et al.*, 2021). Essa realidade ressalta a importância de uma análise interseccional, que permita identificar e abordar as desigualdades estruturais que perpetuam ciclos de pobreza e exclusão (Collins;

Bilge, 2021; Saffioti, 2004). Ao compreender as múltiplas dimensões que envolvem a gravidez na adolescência, é possível formular políticas públicas mais inclusivas e eficazes, que garantam os direitos e o bem-estar dessas jovens em suas diversas vivências.

O presente ensaio visa explorar a interseccionalidade, conforme proposta pela pesquisadora Carla Akotirene no ano de 2019, como uma ferramenta fundamental para analisar as complexas camadas de identidade social e discriminação no contexto da gravidez na adolescência. Essa abordagem permite uma compreensão mais abrangente das experiências vividas pelas adolescentes mães, ressaltando como as dimensões de raça, classe e gênero interagem para moldar essas vivências. A questão central que orienta a discussão é: quais são os desafios associados ao conceito de interseccionalidade e ao fenômeno da gravidez na adolescência? Os objetivos secundários incluem a demonstração de como diferentes produções científicas contribuem para essa temática.

A escolha de determinadas autoras da Saúde Coletiva para a composição deste ensaio se justifica pela relevância de suas contribuições para a compreensão da gravidez na adolescência sob uma perspectiva interseccional. Autoras como Aline Martins (2021) e Angela Davis (2016) revisitam a importância de considerar os fatores sociais, culturais e econômicos que influenciam a experiência das mães adolescentes, permitindo uma análise mais profunda das desigualdades que persistem em contextos de vulnerabilidade. Além disso, as obras de Collins e Bilge (2021) e Saffioti (2004) enriquecem o debate ao discutir como as intersecções de raça, classe e gênero impactam diretamente a saúde e o bem-estar

das adolescentes, revelando dinâmicas de poder que perpetuam muitas vezes ciclos de exclusão. A inclusão de Carla Akotirene no debate interseccional é particularmente pertinente, pois sua abordagem permite uma análise mais holística das experiências das relacionadas à maternidade na adolescência, destacando as complexas camadas de identidade que moldam suas vivências.

INTERSECÇÕES ENTRE CULTURA E SOCIEDADE

Antes de aprofundar as particularidades relacionadas à gravidez na adolescência, é necessário distinguir entre os conceitos de gestação e gravidez. A gestação é descrita como um fenômeno biológico que contempla a formação do feto dentro do útero e demais alterações fisiológicas que contribuem para o desenvolvimento do bebê. Já a gravidez, é configurada por um acontecimento social, sendo um evento relacionado ao ciclo da vida, e acontece em um contexto particular. A gravidez deve considerar a organização da sociedade, a hierarquia de gênero formada culturalmente, a geração em que ela está ocorrendo. Todos esses fatores contribuem para mensurar se a experiência da gravidez será vivida com mais qualidade ou menos qualidade pela adolescente (Martins, 2021).

Para compreender a tendência permanente de adolescentes se tornarem mães, é importante uma compreensão sociológica do fenômeno. As reflexões de Aquino e colaboradores (2003) sobre a heterogeneidade dos perfis sociais das adolescentes grávidas no Brasil são cruciais para entender este fenômeno. As autoras relatam que a gravidez na adolescência se manifesta de maneira diversa,

dependendo das condições sociais e culturais de cada região. Sabe-se que algumas adolescentes têm acesso a recursos e apoio, muitas outras, especialmente aquelas em situações de vulnerabilidade, enfrentam barreiras significativas. As autoras argumentam que é essencial considerar as variáveis socioeconômicas e culturais ao desenvolver políticas públicas eficazes, pois uma abordagem homogênea não atende às necessidades específicas de todas as jovens (Aquino *et al.*, 2003). Dessa forma, é possível criar um ambiente que não apenas previna a gravidez precoce, mas também ofereça suporte e oportunidades reais para o desenvolvimento dessas jovens.

Ao longo dos anos, observou-se uma tendência de redução na taxa de gravidez na adolescência, bem como entre mulheres adultas, devido ao aumento da participação feminina no mercado de trabalho e às mudanças nos projetos de vida, que agora incluem suporte para que a maternidade ocorra em idades mais adequadas do ponto de vista psicossocial¹⁷. Essas mudanças têm sido mais evidentes em grupos sociais que promovem a valorização de gênero, suporte familiar e maiores oportunidades de desenvolvimento para as mulheres. No entanto, essa tendência de redução não se reflete igualmente em contextos de maior vulnerabilidade social, como os considerados pobres ou subdesenvolvidos.

Sabe-se que, em comparação com o início do século XXI, as taxas de gravidez na adolescência apresentaram uma redução

17 Adolescentes que se tornam mães possuem níveis mais elevados de depressão em comparação com mulheres que engravidam após os 20 anos (WONG *et al.*, 2019). Somada a prevalência de transtornos mentais, a gravidez na adolescência contribui para um déficit socioeconômico. Se as adolescentes adiassem a maternidade até os 20 anos, completassem seus estudos e entrassem no mercado de trabalho, poderiam contribuir significativamente para a receita bruta do país e contribuir para a redução do ciclo de pobreza intergeracional (Fundo de População das Nações Unidas, 2020).

significativa. No início dos anos 2000, meninas de 15 a 19 anos representavam 23,4% dos nascidos vivos em território nacional, diminuindo para 19,3% em 2010, e em 2019, já representavam apenas 4,7% dos nascimentos (Monteiro *et al.*, 2021). No entanto, em 2021, foram registrados aproximadamente 364.734 nascidos vivos provenientes de partos de meninas entre 10 e 19 anos, dos quais 17.456 foram partos de meninas de 10 a 14 anos (SINASC, 2021). Esses números indicam que, embora haja uma tendência de queda na gravidez precoce, o fenômeno ainda é prevalente e representa um desafio significativo para a saúde pública no Brasil. Vale destacar que esses indicadores representam dados de nascidos vivos registrados no território e podem estar subnotificados, pois não incluem informações sobre natimortos ou abortos espontâneos.

Pesquisas revelam que a gravidez na adolescência perpetua ciclos intergeracionais de pobreza, com a Organização Pan Americana da saúde/PAHO destacando que 75% das mães adolescentes abandonam os estudos (PAHO, 2017). Além disso, segundo o Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2020), de cada dez meninas grávidas ou com filhos, sete são negras, e seis delas estão fora do mercado de trabalho formal e dos estudos. Esses dados evidenciam que a gravidez na adolescência está fortemente associada à desigualdade social estrutural, afetando desproporcionalmente meninas em situações de maior vulnerabilidade.

A análise dos indicadores é fundamental para a formulação de políticas públicas eficazes que possam abordar as necessidades específicas das adolescentes mães (Monteiro *et al.*, 2021). Políticas

que considerem as conexões que permitam que a gravidez na adolescência continue sendo uma pauta significativa podem promover melhor acesso a cuidados de saúde, educação sexual adequada, e suporte social e econômico (Aluga; Okolie, 2021). Somente por meio de uma compreensão profunda e abrangente das diversas experiências e necessidades das jovens mães é possível promover um futuro mais equitativo e saudável para todas as adolescentes, independentemente de suas identidades sociais. Dessa forma, a interseccionalidade pode oferecer um caminho para a criação de intervenções mais justas e eficazes.

PROTAGONISMO FEMININO E A INTERSECÇÕES DE MARCADORES SOCIAIS

Os desafios enfrentados pelas adolescentes mães corroboram a visão das dinâmicas de poder, as quais afetam profundamente as vidas das adolescentes, desde a falta de poder econômico que limita o acesso a cuidados de saúde de qualidade até o poder institucional que perpetua a exclusão e discriminação. Instituições como escolas e sistemas de saúde muitas vezes não estão equipadas para lidar com as necessidades específicas dessas jovens, reforçando ciclos de desigualdade e marginalização (Vigoya, 2018). Portanto, é necessário reconhecer que as adolescentes têm direitos que precisam ser garantidos no que diz respeito ao acesso à educação sexual e aos serviços de saúde, superando barreiras morais e de cuidado. As intervenções devem transcender a retórica alarmista sobre a gravidez na adolescência e contribuir para o desenvolvimento de abordagens educacionais em saúde que promovam diálogos sobre

sexualidade e reprodução segura. É imperativo assegurar o acesso adequado à saúde para as adolescentes e suas redes de apoio, de modo a garantir que seus direitos sejam plenamente reconhecidos e protegidos (Cavalcante *et al.*, 2022).

Por conseguinte, destaca-se uma análise significativa sobre a intersecção entre gênero, patriarcado e violência realizada por Heleieth Saffioti (2004), temas que têm implicações na gravidez na adolescência. A autora destaca que a violência de gênero não é somente uma questão social, mas também uma questão de saúde pública, afetando desproporcionalmente mulheres em situação de vulnerabilidade social. Essa vulnerabilidade é especialmente relevante ao examinar adolescentes grávidas, que enfrentam muitas vezes relações abusivas e coercitivas que contribuem para a gravidez precoce e não planejada.

No contexto brasileiro, onde altas taxas de gravidez na adolescência são frequentemente associadas às condições socioeconômicas precárias e desigualdades estruturais, a análise de Heleieth Saffioti (2004), destaca a urgência de políticas públicas que não apenas protejam as adolescentes de situações de violência, mas também abordem as raízes estruturais dessas desigualdades. Isso inclui investimentos em educação sexual abrangente, acesso facilitado a serviços de saúde mental e apoio social para adolescentes em situações de vulnerabilidade, promovendo assim um ambiente mais seguro e saudável para todas as jovens brasileiras.

A visão das autoras Cabral e Brandão (2020) corrobora com a análise de Heleieth Saffioti (2004), trazendo que a oferta de projetos que contemplem as diversas dimensões da vida

dos adolescentes, como o esporte, a educação e as artes podem contribuir para uma vivência feliz dessa fase do desenvolvimento. Portanto, qualquer política pública voltada para a prática sexual responsável na adolescência, deve considerar o fortalecimento da escolarização e a autonomia dos adolescentes no processo de tomada de decisão em suas vidas.

Corroborando com as análises de Heleieth Saffioti (2004) e de Cabral e Brandão (2020), o Relatório Técnico do Instituto Guttmacher publicado em 2019 demonstra que cerca de 50% das meninas adolescentes não engravidam de maneira intencional (Instituto Guttmacher, 2019). Sendo assim, é necessário compreender quais os fatores contribuem para a gravidez na adolescência, além da escolaridade inadequada e o casamento precoce, os quais já são considerados fatores importantes para a gestação (Vieira *et al.*, 2016).

Martins (2021), observa que a gravidez na adolescência está frequentemente associada à falta de planejamento, compreensão limitada das consequências e uma abordagem imediatista em relação à vida. As instabilidades no emprego e na renda familiar, também, desempenham um papel crucial, afetando a perspectiva de futuro das adolescentes. Jovens que enfrentam dificuldades educacionais e socioeconômicas tendem a ver a gravidez e a formação de uma família como as únicas alternativas para crescimento dentro de seu contexto. Adicionalmente, a falta de informações sobre métodos contraceptivos e a dificuldade em negociar o uso do preservativo com parceiros são problemas comuns.

Sobre o contexto conjugal, a filósofa Silvia Federici (2019) aborda o trabalho doméstico e a reprodução como componentes

centrais das lutas feministas. Ela argumenta que o trabalho reprodutivo, muitas vezes invisibilizado, é fundamental para uma economia capitalista e também discute como a sexualidade e a reprodução são controladas e exploradas, impactando diretamente a saúde das mulheres. No contexto da gravidez na adolescência, a invisibilidade do trabalho reprodutivo pode aumentar a vulnerabilidade dos adolescentes grávidas. Muitas mães jovens enfrentam desafios adicionais devido à falta de reconhecimento e apoio ao trabalho reprodutivo que realizam, tanto em termos de cuidados com os filhos quanto de manutenção do lar. Por conseguinte, a gravidez na adolescência continua a ser uma preocupação significativa de saúde pública (Federici, 2019).

Entrando na discussão sobre o machismo estrutural e saúde das adolescentes, Saffioti (2004) oferece uma análise profunda sobre a relação entre gênero, patriarcado e violência. A autora destaca que a violência de gênero é uma questão de saúde pública e que as mulheres em situação de vulnerabilidade social são as mais afetadas. A autora também discute como a violência doméstica afeta a saúde física e mental das mulheres. No contexto da gravidez na adolescência, a análise de Heleieth Saffioti é particularmente relevante. Muitas adolescentes grávidas enfrentam relações abusivas e coercitivas que são precoces e não planejadas. A violência doméstica não só prejudica a saúde física das mulheres, aumentando o risco de complicações durante a gravidez, como também tem profundos impactos na saúde mental, contribuindo para o desenvolvimento de transtornos como ansiedade e depressão.

Quando se fala sobre gravidez na adolescência e saúde mental, é importante falar sobre rede de apoio. A revisão da literatura sobre gravidez na adolescência foca predominantemente no ponto de vista feminino, frequentemente equiparando maternidade e gravidez (Cabral, 2003). A escassez de estudos sobre paternidade adolescente reforça a ideia de que a reprodução é um “negócio de mulheres”, excluindo os homens dessa discussão (Garcia, 1998). Abordar a perspectiva masculina pode revelar novas relações e significados relacionados à contracepção, formação de casais e paternidade.

A gravidez precoce contribui para condições socioeconômicas desfavoráveis e impacta significativamente a saúde física e emocional das adolescentes, uma vez que há um aumento dos casos de ansiedade e depressão entre meninas que vivenciam uma gravidez indesejada (Wong *et al.*, 2019). Contudo, é necessário investigar quais fatores culturais, sociais, econômicos e psicológicos podem contribuir para novas gestações nessa faixa etária. Destaca-se que adolescentes com idades entre 15 e 19 anos apresentam índices mais elevados de depressão durante a gravidez em comparação com mulheres de 20 a 34 anos ou com mais de 35 anos (Wong *et al.*, 2019). Existe uma lacuna significativa de informações sobre gestações que ocorrem entre 10 e 14 anos, uma vez que essa faixa etária não é considerada apropriada, tanto do ponto de vista biológico quanto jurídico. Além disso, é sabido que condições socioeconômicas desfavoráveis e o uso de substâncias estão correlacionados ao desenvolvimento de transtornos mentais em adolescentes mães (Cavalcante *et al.*, 2022). Portanto, é necessário adotar uma abordagem abrangente ao considerar a

adolescente mãe, considerando todas as variáveis que compõem sua trajetória de vida.

Pensando nas camadas que constituem a gravidez na adolescência, se pode lembrar a visão da pesquisadora Carla Akotirene no ano de 2019, que destaca que a interseccionalidade não é apenas uma ferramenta analítica, mas também um chamado à ação. Ao examinar como as experiências de opressão se sobrepõem, se pode identificar as formas específicas em que adolescentes grávidas são marginalizadas e desenvolver estratégias para mitigar esses efeitos. Reconhecer essas múltiplas dimensões permite a criação de programas de educação sexual que não só informem sobre contracepção e saúde reprodutiva, mas que também empoderem essas jovens a tomar decisões informadas sobre seus corpos e vidas.

Além disso, o acesso a cuidados de saúde reprodutiva deve ser universal e desprovido de julgamento moral (Akotirene, 2019). Jovens adolescentes grávidas muitas vezes enfrentam estigmatização e tratamento inadequado em serviços de saúde, o que pode desincentivar a busca por cuidados necessários (Martins, 2021). Sendo assim, as políticas públicas devem garantir que esses serviços sejam culturalmente sensíveis e acessíveis, proporcionando não apenas atendimento médico, mas também suporte emocional e psicológico para lidar com os desafios associados à gravidez precoce.

Ainda que existam estigmas relacionados a adolescentes e as práticas sexuais, as autoras Rosa e Cabral (2024) ressaltam que não se pode esquecer que a constituição de família sempre foi atrelada ao papel das mulheres na sociedade. Supostamente, as mulheres são designadas à procriação e à maternidade, sendo seguida uma

disposição hierárquica onde as mulheres são vinculadas a um enquadramento maternal. Mesmo as políticas públicas ditas como neutras, carregam consigo as intersecções que consideram gênero, sexo, cor da pele, idade, entre outros marcadores sociais. Portanto, é preciso ressaltar que todos esses aspectos contribuem na vivência que as adolescentes terão ao acessar os seus direitos de cidadania, uma vez que existem atravessamentos pertinentes entre os estigmas sociais e o que é oferecido como suporte às adolescentes (Rosa; Cabral, 2024).

Um dos desafios relacionado à gravidez na adolescência envolve os profissionais de saúde que enfrentam dificuldades ao abordar a saúde sexual e reprodutiva adequadamente, enquanto visões moralistas nas famílias podem negar a atividade sexual das jovens. Muitas adolescentes relatam uso irregular de preservativos devido à recusa do parceiro, falta de disponibilidade do método no momento da relação ou a crença equivocada de que o preservativo só é necessário quando há suspeita sobre a saúde do parceiro (Martins, 2021). Esses dados evidenciam a necessidade de melhorar a educação sexual, uma vez que a restrição de informações tem contribuído para o aumento da gravidez precoce na população brasileira. Sendo assim, a gravidez na adolescência é um fenômeno que exemplifica o atravessamento entre as questões de saúde das mulheres.

Collins e Bilge (2021) destacam a importância de considerar o contexto social, político e econômico ao analisar experiências de opressão. Adolescentes grávidas em diferentes contextos sociais, como em comunidades urbanas *versus* rurais ou em diferentes países, enfrentam diferentes níveis de apoio ou estigma. Em áreas

urbanas, pode haver maior acesso a serviços de saúde reprodutiva, enquanto em áreas rurais, a distância e a falta de recursos podem representar barreiras significativas. A interseccionalidade ajuda a revelar como políticas públicas e sistemas de saúde impactam desigualmente essas jovens, muitas vezes exacerbando as desigualdades existentes.

Se tratando de questões de saúde correlacionadas com as perspectivas sociais, se sabe que o estado civil tem um impacto significativo na saúde das mulheres, com solteiras apresentando maior vulnerabilidade a doenças, gravidez não planejada e infecções sexualmente transmissíveis (IST). No contexto de gravidez precoce, as mulheres enfrentam desafios diferentes dos homens devido ao machismo estrutural, o que frequentemente resulta em uma sensação de desesperança quanto ao futuro e negligência em áreas como educação e carreira. Além disso, adolescentes que vivem em ambientes inseguros têm um risco elevado de engravidar na adolescência (Aluga; Okolie, 2021). Desta forma, entende-se que considerar todas as variáveis que circundam o complexo fenômeno da gravidez na adolescência é necessário, sendo importante a capacitação dos profissionais para lidar com a pluralidade que envolve essa questão.

Considerando os desafios que circundam a gravidez na adolescência, é primordial que os profissionais de saúde estejam preparados para educar as adolescentes sobre os aspectos reprodutivos e acolher as adolescentes nos casos em que a maternidade as encontra (Martins, 2021). Ressalta-se que os profissionais de saúde enfrentam atravessamentos significativos

que contribuem o esforço contínuo para fornecer um cuidado qualificado, mesmo em condições adversas dos territórios (D'Oliveira, *et al.*, 2002). Falar sobre os desafios do manejo clínico que envolvem a gravidez na adolescência é uma estratégia para essa questão permanecer em pauta, contribuindo para que a longo prazo se conquiste o preparo profissional qualificado.

INTERSECÇÕES ENTRE RENDA, EDUCAÇÃO E COR DA PELE

Muitas adolescentes grávidas vêm de famílias de baixa renda e enfrentam desafios adicionais para continuar sua educação e garantir um futuro estável para si e seus filhos. Programas de assistência financeira, bolsas de estudo e treinamento profissional podem oferecer caminhos para a independência econômica, reduzindo o ciclo de pobreza que frequentemente acompanha a gravidez na adolescência. Angela Davis (2016), destaca a necessidade de criar oportunidades econômicas que possam romper o ciclo de pobreza que afeta muitas dessas adolescentes. A oferta de treinamentos profissionais e apoio financeiro pode fazer uma diferença significativa, proporcionando a essas jovens um caminho para a independência econômica. Gonzalez (2020) acrescenta que é importante envolver as comunidades no desenvolvimento e implementação dessas políticas, garantindo que as vozes das jovens negras sejam ouvidas e respeitadas.

Além das intervenções diretas, destaca-se a importância de mudanças estruturais para aperfeiçoar o manejo social do fenômeno da gravidez na adolescência. Isso inclui a revisão das políticas de

saúde e educação para serem mais inclusivas e responsivas às necessidades das adolescentes grávidas. A criação de redes de apoio comunitário e a inclusão dessas jovens nas decisões que afetam suas vidas são passos fundamentais para promover a justiça social. A interseccionalidade, nesse sentido, serve como um guia para a implementação de políticas públicas que não apenas reconheçam as múltiplas formas de opressão, mas que também trabalhem ativamente para desmantelá-las, promovendo um ambiente onde todas as adolescentes, independentemente de sua identidade ou circunstância, possam prosperar (Akotirene, 2019).

Na visão de Hirata (2014), gênero, classe e raça são categorias sociais que se interseccionam e se reforçam mutuamente. Essa perspectiva analisa como essas interseções criam experiências únicas de opressão e privilégio. No contexto da saúde, esses cruzamentos podem significar diferenças importantes no acesso a cuidados de saúde, qualidade dos serviços recebidos e resultados de saúde. A filósofa Helena Hirata argumenta que a análise da saúde da mulher deve transcender as categorias isoladas e considerar a complexidade das relações sociais.

Colaborando com a discussão, Akotirene (2019), sugere que políticas de saúde que ignoram essas múltiplas formas de opressão falham em abordar as necessidades reais das mulheres. As políticas públicas devem ser informadas para uma compreensão profunda das realidades vividas por mulheres que enfrentam múltiplas formas de discriminação.

A visão das autoras Hirata (2014) e Akotirene (2019) compactua com estudos recentes, onde existem discussões que

abordam a questão social como um dos principais obstáculos na qualidade de vida dessas jovens. Mulheres com baixo nível educacional e econômico, bem como aquelas que enfrentam pobreza, falta de escolaridade e desemprego, também estão mais propensas a engravidar precocemente. A gravidez na adolescência muitas vezes reflete problemas sociais subjacentes não abordados adequadamente, como programas insuficientes para a primeira infância e juventude, além de questões estruturais e econômicas preexistentes. Portanto, a simples distribuição de preservativos não é uma solução completa, já que fatores sociais, estruturais, econômicos e ambientais desempenham um papel de destaque. A educação sexual, a promoção de serviços de saúde sexual e o investimento em políticas públicas são essenciais para reduzir as taxas de gravidez na adolescência (Aluga; Okolie, 2021; Domingues *et al.*, 2020).

Gonzalez (2020) oferece uma perspectiva afro-latino-americana que enriquece a compreensão das especificidades culturais e históricas das mulheres negras na América Latina. A autora destaca que a saúde das mulheres negras é frequentemente negligenciada, refletindo-se nas altas taxas de mortalidade materna e nas dificuldades de acesso a cuidados de saúde de qualidade. Ela argumenta que as políticas de saúde precisam ser projetadas para abordar essas desigualdades históricas e estruturais. O trabalho da autora enfatiza que, para entender a saúde das mulheres negras, é necessário considerar as dimensões de raça e classe, além de gênero. As mulheres negras muitas vezes enfrentam uma dupla carga de discriminação racial e de gênero, que impacta qualidades de sua saúde e acesso a serviços de saúde.

Para Davis (2016), a saúde das mulheres negras é desproporcionalmente afetada pelas desigualdades econômicas e raciais, o que se reflete em piores indicadores de saúde. A autora sugere que, para melhorar a saúde das mulheres negras, é necessário abordar as desigualdades estruturais que perpetuam a discriminação e a pobreza. Isso inclui garantir acesso a cuidados de saúde de qualidade, oportunidades educacionais e empregos dignos.

Sendo assim, a gestação na adolescência é uma experiência que não pode ser generalizada, pois adolescentes grávidas enfrentam diferentes desafios e discriminações baseados em suas identidades e posições sociais, como raça, classe, gênero e orientação sexual. Por exemplo, uma jovem negra e pobre pode enfrentar discriminações e barreiras distintas de uma jovem branca e de classe média, mesmo que ambas estejam grávidas na adolescência. Essas intersecções de identidade influenciam a maneira como cada jovem vivencia a gravidez, o acesso a recursos e o suporte que recebem de suas comunidades e sistemas de saúde (Davis, 2016; Gonzalez, 2020).

Ainda assim, Gonzalez (2020), reforça essa análise ao discutir como o racismo e o sexismo estão enraizados na cultura brasileira, exacerbando as desigualdades enfrentadas por mulheres negras. Ela argumenta que essas mulheres estão frequentemente em maior vulnerabilidade devido à convergência de múltiplas formas de discriminação. Um importante estudo realizado no sul do Brasil pelas pesquisadoras Bairros *et al.*, (2011) enfatiza que as desigualdades sociais vivenciadas pelas mulheres negras contribuem para a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e ações voltadas à saúde reprodutiva. Entre adolescentes negras essa dificuldade se acentua,

uma vez que adolescentes já enfrentam estigmas relacionados à prática sexual considerada precoce socialmente (Gonzales, 2020).

As adolescentes negras grávidas não só enfrentam o estigma associado à gravidez precoce, mas também sofrem preconceitos raciais que influenciam negativamente suas interações com os sistemas de saúde e educação. Leila Gonzales (2020) enfatiza a importância de políticas públicas que reconheçam esses atravessamentos e atuem para mitigar seus efeitos negativos. Isso pode incluir a implementação de programas de saúde pública que sejam culturalmente competentes e sensíveis às necessidades específicas de jovens negras grávidas. Políticas de educação sexual, devem abordar não apenas aspectos técnicos de saúde reprodutiva, mas também questões de empoderamento e autoestima, considerando as realidades sociais e culturais dessas jovens.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente texto buscou demonstrar que a saúde da mulher é uma área que exige uma abordagem interseccional para ser plenamente compreendida e abordada. A aplicação da interseccionalidade permite uma compreensão mais completa das múltiplas camadas de discriminação que essas jovens enfrentam. A diminuição das taxas de gravidez na adolescência ao longo dos anos, embora significativa, ainda revela um cenário preocupante, especialmente em contextos de vulnerabilidade socioeconômica.

Os dados apresentados destacam a necessidade urgente de políticas públicas que abordem não apenas a prevenção da gravidez

precoce, mas também o suporte integral às adolescentes grávidas, considerando suas realidades multifacetadas. Autoras como Carla Akotirene e Heleieth Saffioti enfatizam a importância de uma abordagem que reconheça e combata as estruturas de opressão que perpetuam a desigualdade e a violência de gênero. Promover a saúde das adolescentes que se tornam mães requer uma visão interseccional que aborde todas as dimensões de suas identidades e vivências, garantindo-lhes o acesso a direitos e oportunidades equitativas para um futuro mais justo e saudável.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, C. **Saúde e Política**: a Interseccionalidade como Instrumento de Análise. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

ALUGA, D.; OKOLIE, E. A. Socioeconomic determinants of teenage pregnancy and early motherhood in the United Kingdom: a perspective. **Health Promotion Perspectives**, [S.L.], v. 11, n. 4, p. 426-429, 19 dez. 2021. Disponível em: <https://hpp.tbzmed.ac.ir/Article/hpp-34688>. Acesso em: 24 jun. 2023.

AQUINO, E. M. L.; HEILBORN, M. L.; KNAUTH, D.; BOZON, M.; ALMEIDA, M. da C.; ARAÚJO, J.; MENEZES, G. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 377-388, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/6khBZqPXRp49jxKLWrGjbj/>. Acesso em: 21 mar. 2023.

BAIROS, F. S. de *et al.* Racial inequalities in access to women's health care in southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 27, n. 12, p. 2364-2372, dez. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001200008>. Acesso em: 23 out. 2024.

CABRAL, C. S. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 283-292, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800010>. Acesso em: 23 out. 2024.

CABRAL, C. da S.; BRANDÃO, E. R. Gravidez na adolescência, iniciação sexual e gênero: perspectivas em disputa. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 8, ago. 2020. Disponível em: [10.1590/0102-311X00029420](https://doi.org/10.1590/0102-311X00029420). Acesso em: 23 out. 2024.

CAVALCANTE, M. M. T.; PONTES, A. N.; SOARES, J. de O. Impactos da gravidez na saúde mental das adolescentes. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 5, n. 6, p. 23162-23171, 29 nov. 2022. South Florida Publishing LLC. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv5n6-109>. Disponível em: 10.34119/bjhrv5n6-109. Acesso em: 24 jun. 2023.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. Boitempo Editorial, 2021.

DAVIS, A. **Mulheres, Raça e Classe**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2016.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *et al.* Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, [S. l.], p. 1-5, 11 maio 2022. DOI 10.1016/S0140-6736(02)08592-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12020546/>. Acesso em: 23 out. 2024.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 01-40, 2020. Disponível em: 10.1590/0102-311X00190418. Acesso em: 15 maio 2020.

FEDERICI, S. **Calibã e a Bruxa: Mulheres, Corpo e Acumulação Primitiva**. Elefante, 2019.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Consequências socioeconômicas da gravidez na adolescência em seis países latino-americanos: Implementação da Metodologia Milena na Argentina, Colômbia, Equador, Guatemala, México e Paraguai**. Fundo de População das Nações Unidas - Escritório Regional, 2020.

GARCIA, S. M. Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero. In: Arilha, M.; Ridenti, S. G. U.; Medrado, B. (org.). **Homens e Masculinidades: Outras Palavras**, São Paulo: ECOS/Editora 34, p. 31-50, 1998.

GONZALEZ, L. **Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira**. São Paulo: Editora 34, 2020.

HIRATA, H. **Interseccionalidade: Gênero, Classe e Raça nas Análises Feministas no Brasil**. São Paulo: Editora 34, 2014.

INSTITUTO GUTTMACHER. **Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health**, 2019. Relatório. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-upinvesting-in-contraception-maternal-newborn-health-2017-methodology>. Acesso em 21 mar. 2023.

MARTINS, A. de C. **Gravidez na adolescência: entre fatos e estereótipos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.

MONTEIRO, D. L. M. *et al.* Trends in teenage pregnancy in Brazil in the last 20

years (2000-2019). **Revista da Associação Médica Brasileira**, [S.L.], v. 67, n. 5, p. 759-765, jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20210265>. Acesso em: 26 abr. 2023.

OPAS/UNPF/ UNCF - Pan American Health Organization; United Nations Population Fund; United Nations Children's Fund. **Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean**. Report of a technical consultation. Washington DC: PAHO, UNFPA, and UNICEF; 2017.

ROSA, H.; CABRAL, C. da S. FAMILY WOMEN: sexual and reproductive moralities in public health policies. **Editora Iole**, 31 mar. 2024. Disponível em: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/3858/1110>. Acesso em: 24 out. 2024.

SAFFIOTI, H. **Violência de Gênero: Poder e Impotência**. São Paulo: Editora da Unesp, 2004.

SINASC - Sistema Nacional de Nascidos. **Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos**. 2020. Disponível em: <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/sistema-de-informacao-sobre-nascidos-vivos-sinasc-1996-a-2020>. Acesso em: 21 mar. 2023.

VIEIRA, C. L.; FLORES, P. V.; CAMARGO, K. R. de; PINHEIRO, R. S.; CABRAL, C. S.; AGUIAR, F. P.; COELI, C. M. Rapid Repeat Pregnancy in Brazilian Adolescents: interaction between maternal schooling and age. **Journal Of Pediatric And Adolescent Gynecology**, [S.L.], v. 29, n. 4, p. 382-385, ago. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpjag.2016.01.121>. Acesso em: 21 mar. 2023.

VIGOYA, M. V. Masculinidades e Equidade de Gênero: Algumas Reflexões. **Mulheres e Psicologia**, 2018.

WONG, S. P.W.; TWYNSTRA, J.; GILLILAND, J. A.; COOK, J. L.; SEABROOK, J. A. Risk Factors and Birth Outcomes Associated with Teenage Pregnancy: a canadian sample. **Journal Of Pediatric And Adolescent Gynecology**, [S.L.], v. 33, n. 2, p. 153-159, abr. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpjag.2019.10.006>. Acesso em: 29 mar. 2023.

REVISÃO DE LITERATURA SOBRE A CONSTRUÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Amanda Ferreira de Carvalho
Frederico Vianna Machado

Este trabalho faz uma revisão narrativa da literatura sobre a gravidez na adolescência, buscando identificar como este fenômeno vem cada vez mais sendo enquadrado como um problema social e de saúde pública. Deste modo, interrogamos: quais são os fundamentos teóricos e empíricos encontrados na literatura para enquadrar a gravidez na adolescência como um problema social e de saúde pública? É fundamental revisitar a dualidade entre biologia e cultura. Enquanto a gestação é um fenômeno biológico, a experiência da gravidez ocorre em um contexto social que influencia sua vivência. Fatores como hierarquia de gênero, etnia e condições socioeconômicas desempenham um papel crucial nesse processo (Martins, 2021).

A gravidez na adolescência é frequentemente enquadrada como um fenômeno biológico, em que os riscos e consequências são analisados sob a ótica da saúde física e mental. A literatura científica destaca a prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida entre adolescentes grávidas (Freitas *et al.*, 2002). Por outro lado,

Heilborn *et al.* (2002) argumenta que é essencial compreender que essa questão é influenciada por uma complexa interação de fatores culturais, sociais e econômicos. As autoras ressaltam a importância de abordá-la não apenas como um problema de saúde, mas como um evento social que reflete valores, normas e desigualdades presentes na sociedade.

A análise sociocultural permite reconhecer que as decisões reprodutivas das adolescentes são moldadas por pressões familiares, expectativas sociais e contextos econômicos, enriquecendo a compreensão das experiências das adolescentes mães e das dinâmicas sociais que as cercam. Essa teoria sugere que adolescentes de estratos socioeconômicos mais baixos são mais propensas a engravidar devido à falta de oportunidades e de apoio social. É importante considerar que, dependendo do contexto social, a gravidez para a adolescente pode assumir valores positivos de afirmação identitária, se tornando um projeto de vida (Martins, 2021).

Nunes (2010) observa a tendência nos estudos de homogeneizar as experiências em relação a diferentes faixas etárias e contextos sociais, ressaltando como a gravidez na adolescência é vista como um problema que contraria um projeto biopolítico que idealiza a maternidade. Desde a década de 1980, essa questão foi classificada como um problema de saúde pública, associada a riscos físicos e psíquicos, além de estar vinculada à pobreza e à marginalidade social, resultando em famílias monoparentais e abandono escolar. Ao contrário de décadas passadas, quando a maternidade precoce era socialmente aceita, as mudanças nas expectativas sociais e nos padrões de fecundidade transformaram

essa situação em um fenômeno considerado “precoce” e “indesejável” (Nunes, 2010).

Abordaremos os fatores relacionados à gravidez na adolescência, contextualizando tanto o cenário mundial quanto o nacional, buscando identificar como o fenômeno é confrontado por elementos sociais e biológicos, mas sempre enquadrado como um problema social e de saúde pública. Exploraremos as repercussões sociais desse fenômeno, incluindo questões relacionadas à saúde mental. Destacaremos como a literatura constrói a gravidez na adolescência como um problema, considerando as diferentes vozes e narrativas dos atores envolvidos, assim como as dinâmicas culturais e sociais que moldam essa realidade complexa. Esta revisão busca contribuir para o debate sobre políticas públicas e estratégias de intervenção que atendam às necessidades das adolescentes.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: CONTEXTOS E CONCEITOS

A adolescência é um período de desenvolvimento biopsicossocial, abrangendo a faixa etária de 10 a 19 anos, conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, a infância é considerada até os 12 anos incompletos, enquanto a adolescência vai de 12 a 18 anos. Essa legislação garante direitos essenciais, como à vida, à saúde, ao respeito e à convivência familiar (Brasil, 1990). Durante essa fase, os jovens buscam autoconhecimento e novas experiências, mas também enfrentam riscos associados à falta de informação sobre questões de gênero, sexualidade e intimidade, o que pode levar a

casos de gravidez não planejada (Organização Pan Americana De Saúde [OPAS], 2018).

Desde a década de 1970, no Brasil, emergiu uma medicina voltada para a adolescência, que passou a promover uma abordagem integral em vez de meramente focada em doenças. No entanto, a adolescência é frequentemente associada a riscos sociais, resultando em um aumento da medicalização e do controle sobre a sexualidade dos jovens.

Embora os programas de prevenção à gravidez incluam educação sexual e incentivo ao uso de contraceptivos, muitas adolescentes ainda engravidam, indicando um desejo de maternidade que não gostariam de adiar (Nunes, 2010). Portanto, é fundamental compreender as dinâmicas sociais que cercam a gravidez entre adolescentes para podermos ofertar políticas públicas que realmente atendam a realidade das diferentes adolescentes brasileiras.

A produção de bens e serviços sempre esteve ligada ao trabalho, contribuindo para a subsistência das famílias e a criação de riqueza social. Nas economias pré-capitalistas, especialmente antes da revolução agrícola e industrial, as mulheres das camadas trabalhadoras desempenhavam papéis ativos: trabalhavam nos campos, nas manufaturas, nas minas, nas lojas, nos mercados e nas oficinas, além de tecer, fiar, fermentar cerveja e realizar diversas tarefas domésticas. Enquanto a família funcionava como uma unidade de produção, mulheres e crianças exerciam um papel econômico fundamental (Saffioti, 1976).

O desenvolvimento do capitalismo ampliou e transformou as condições de trabalho, impactando diretamente as mulheres.

Historicamente, mulheres negras e brancas pobres sempre trabalharam, acumulando também responsabilidades nos cuidados domésticos (Saffioti, 1976). Mudanças culturais, a participação das mulheres no mercado de trabalho e o acesso a métodos contraceptivos possibilitaram o adiamento da maternidade, resultando na diminuição das taxas de fecundidade. No entanto, essa transformação não reduziu a medicalização do corpo feminino, que gerou novas formas de controle reprodutivo (Néri, 2007). A maternidade, antes vista como uma condição natural, tornou-se uma escolha deliberada, influenciada por fatores como carreira e estabilidade financeira.

Nesse novo contexto, a gravidez na adolescência passou a ser considerada um problema de saúde pública, em desacordo com as normas que favorecem o planejamento familiar e a maternidade tardia. Enquanto a maternidade era valorizada no passado, hoje a gravidez na adolescência é vista como precoce e indesejável, demandando uma readequação da sexualidade juvenil às expectativas sociais, que ainda a percebem como descontrolada e arriscada (Nunes, 2010). É fundamental considerar a intersecção entre raça, classe e gênero, pois, como aponta hooks (2018), mulheres negras jamais alcançarão igualdade dentro do patriarcado capitalista e racista, sendo necessário contemplar todas as dificuldades que tornam elas mais vulneráveis socialmente.

Considerando o desenvolvimento do capitalismo e o processo de constituição dos direitos das mulheres nos últimos anos, as taxas de gravidez na adolescência apresentaram uma redução significativa em comparação ao início do século XXI. No início dos anos 2000, meninas de 15 a 19 anos eram responsáveis

por 23,4% dos nascidos vivos no Brasil, percentual que caiu para 19,3% em 2010 e para 4,7% em 2019 (Monteiro *et al.*, 2021). Apesar dessa tendência de queda, em 2023, foram registrados aproximadamente 303.025 nascidos vivos provenientes de partos de meninas entre 10 e 19 anos, incluindo 13.932 partos de meninas de 10 a 14 anos (SINASC, 2024). Ressalta-se que esses dados podem estar subestimados, pois não incluem informações sobre natimortos ou abortos espontâneos.

Na modernidade, a maternidade se tornou central para a vida feminina, associada ao ideal de feminilidade. Entretanto, com o surgimento do biopoder, a maternidade tornou-se alvo de controle e intervenção, transformando a família nuclear em um espaço essencial para a produção de indivíduos saudáveis (Foucault, 1977; Nunes, 2010). Essa transformação exigiu uma intensa medicalização do corpo feminino, regulamentando aspectos como parto, aleitamento e sexualidade para adaptar as mulheres à maternidade.

A partir das últimas décadas do século XX, novas perspectivas de vida surgiram, ampliando os papéis femininos e intensificando a medicalização e o controle sobre a reprodução. O planejamento familiar tornou-se uma questão racional e tecnológica, e a decisão de ter filhos passou a ser influenciada por fatores socioeconômicos e educacionais, refletindo uma biopolítica cada vez mais seletiva na gestão da reprodução (Nunes, 2010). Assim, a gravidez na adolescência é amplamente reconhecida como um problema de saúde pública evidenciado por diversos indicadores. Um exemplo é o Relatório Técnico do Instituto Guttmacher (2019), que revela que cerca de 50% das meninas adolescentes não engravidam intencionalmente.

Globalmente, desde 2019, registram-se anualmente cerca de 21 milhões de gestações entre meninas de 15 a 19 anos, com 55% dessas gestações sendo indesejadas e resultando em um alto número de abortos ilegais (Instituto Guttmacher, 2019). Um relatório da Agência das Nações Unidas para a Saúde Sexual e Reprodutiva (Fundo de População das Nações Unidas, 2020) destaca que a gravidez na adolescência viola os direitos sexuais e reprodutivos das jovens, prejudicando seu acesso à saúde e à educação. A longo prazo, o relatório sugere que esse contexto compromete o desenvolvimento biopsicossocial das meninas e perpetua um ciclo de pobreza e exclusão, impactando não só as adolescentes, mas também as oportunidades de seus filhos e as comunidades em que vivem.

A literatura aponta que a gravidez na adolescência está relacionada a diversos fatores, como a falta de conhecimento sobre contracepção, a violência sexual e a dificuldade em negociar o uso de preservativos (Santos *et al.*, 2017; Martins, 2021). Essa realidade é frequentemente exacerbada por um contexto de desinformação e falta de acesso a serviços de saúde adequados. Muitas jovens enfrentam barreiras educacionais e sociais, como a desigualdade de gênero e a pressão para se conformar a papéis tradicionais, limitando suas perspectivas de futuro e sua capacidade de se engajar em atividades que ampliem suas oportunidades, como a educação e o emprego (Martins, 2021).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2020) aponta que a América Latina e o Caribe têm as maiores taxas de gravidez na adolescência do mundo, com uma taxa de 60,7

nascimentos por mil adolescentes entre 15 e 19 anos. Meninas com escolaridade abaixo do adequado têm quatro vezes mais chances de passar por uma gravidez precoce do que aquelas que completam os estudos básicos ou cursos superiores (OPAS, 2017). Portanto, é essencial reconhecer as adolescentes como indivíduos cujos direitos devem ser assegurados, especialmente no que se refere ao acesso à educação sexual e aos serviços de saúde.

Em síntese, a gravidez na adolescência continua sendo um desafio significativo no Brasil e em diversas partes do mundo, exigindo uma abordagem integrada que envolva educação, saúde e políticas públicas. A promoção do acesso à informação e aos serviços de saúde, com a conscientização sobre direitos e responsabilidades, é crucial para garantir que as adolescentes possam viver essa fase de suas vidas de maneira saudável e informada. Construir uma sociedade que respeite e proteja os direitos das jovens é fundamental para reduzir as taxas de gravidez indesejada e suas repercussões sociais e econômicas, além de proteger e assegurar uma vida saudável para as adolescentes que optarem por terem filhos antes da fase adulta.

IMPACTOS SOCIAIS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Considerando as implicações sociais que envolvem a gravidez na adolescência, é fundamental analisar tanto o cenário mundial quanto o nacional. Dados da UNICEF (2018) estimam que uma em cada cinco jovens se casa antes de completar 18 anos, sendo essa situação especialmente significativa em países da África

e Ásia. Na América Latina e Caribe, onde a situação é semelhante, uma em cada quatro meninas se casou antes dos 18 anos entre 2003 e 2018 (OPAS, 2020). Essa correlação entre matrimônio precoce e gestações é preocupante, uma vez que a gravidez na adolescência impacta significativamente a perspectiva de vida das jovens, muitas vezes resultando no afastamento da escola e do mercado de trabalho (Fundo de População das Nações Unidas, 2013).

A gravidez na adolescência pode refletir problemas sociais mais profundos, como a falta de programas eficazes para a primeira infância e juventude, além de questões econômicas e estruturais. Assim, simplesmente fornecer preservativos não é suficiente; é crucial considerar os fatores sociais, econômicos e ambientais que contribuem para essa realidade. Para reduzir as taxas de gravidez na adolescência, são essenciais a educação sexual, a promoção de serviços de saúde sexual e investimentos em políticas públicas que contemplem as necessidades desse grupo etário (Aluga; Okolie, 2021). Por conta dos desafios que circundam a saúde reprodutiva, a sexualidade das adolescentes é muitas vezes vista como descontrolada e a gravidez antes dos 20 anos é encarada como um “desvio”. A adolescente grávida, portanto, emerge como um novo sujeito social que desafia normas estabelecidas (Nunes, 2010).

Embora a gravidez na adolescência ocorra em todos os níveis sociais, suas consequências são mais severas entre aquelas de níveis socioeconômicos mais baixos. Jovens de classes sociais mais altas tendem a ser mais zelosas em relação à gravidez, pois possuem mais oportunidades e projetos de vida. Em contraste, adolescentes de classes mais baixas frequentemente não veem a gravidez como um

grande problema, devido à falta de perspectivas e políticas sociais efetivas. Para muitas, ser mãe pode ser uma das poucas formas de reconhecimento e valorização social (Nunes, 2010).

Para entender por que a gravidez na adolescência é considerada um problema social, é fundamental analisar os indicadores econômicos relacionados ao tema. Um estudo realizado na América Latina estima que a lacuna educacional gerada pela maternidade precoce representa cerca de três bilhões de dólares. Isso significa que, se as adolescentes adiassem a maternidade até os 20 anos, completassem seus estudos e entrassem no mercado de trabalho, poderiam contribuir significativamente para a receita bruta do país (Fundo de População das Nações Unidas, 2020). Além de impactar negativamente a vida das adolescentes e de suas famílias, a gravidez na adolescência gera custos ao nível agregado que poderiam ser evitados. Este mesmo estudo revelou que o custo médio de oportunidade da gravidez na adolescência representa 0,35% do PIB, equivalendo a cerca de 1.242 milhões de euros por país a cada ano, com variações de 0,22% na Argentina a 0,58% na Colômbia.

No contexto do sistema de saúde brasileiro, a literatura aponta a gravidez na adolescência como um fator associado a gestações de maior risco, prematuridade e aumento das taxas de morbi-mortalidade, o que eleva os custos diretos de saúde e acarreta um impacto social significativo (Almeida *et al.*, 2013). O relatório Maternidade Precoce do Fundo de População das Nações Unidas (2013) aponta que o Brasil poderia aumentar sua produtividade em US\$ 3,5 bilhões se as adolescentes adiassem a gestação para após os 20 anos.

Dados da UNFPA (2020) indicam que a gravidez precoce representa não apenas um desafio para as adolescentes e suas famílias, mas também gera custos significativos para os países, que precisam destinar recursos à saúde das jovens e perdem receitas devido à menor participação delas no mercado de trabalho. Embora se defenda a ideia de que as adolescentes podem fazer escolhas conscientes, é crucial ressaltar que essas escolhas ocorrem em um contexto de desigualdade estrutural. As adolescentes que se tornam mães precocemente frequentemente têm menos escolaridade, menor inserção no mercado de trabalho e salários mais baixos em comparação àquelas que adiam a maternidade.

Dados da UNICEF (2017) revelam que 75% das mães adolescentes abandonam os estudos. Entre cada dez meninas grávidas ou com filhos, sete são negras, e seis não trabalham nem estudam (DATASUS, 2020). Além disso, as adolescentes mães ganham, em média, 24% a menos do que as que têm filhos na vida adulta, com rendimentos anuais de US\$ 3.068 contra US\$ 4.015, perpetuando a desigualdade social. Nesse cenário, Davis (2016) destaca a necessidade de criar oportunidades econômicas que possam romper o ciclo de pobreza que afeta muitas dessas jovens. A oferta de treinamentos profissionais e apoio financeiro pode fazer uma diferença significativa, proporcionando a elas um caminho para a independência econômica. Assim, a questão vai além da idade ou da quantidade de filhos; está profundamente enraizada em uma organização social que explora o trabalho e mantém as mulheres em situação de pobreza.

Heilborn (2006) observa que jovens que planejam seus futuros acadêmicos ou profissionais tendem a adiar a gravidez,

especialmente aquelas de classes sociais menos vulneráveis. Em contraste, as adolescentes de classes sociais mais vulneráveis, que frequentemente enfrentam dificuldades para concluir a escola, veem a gestação como uma possibilidade comum, a qual não seria considerada um problema caso ocorresse. A análise da autora sugere que as oportunidades educacionais e profissionais para essas adolescentes são insuficientes para representar um propósito de vida a longo prazo, fazendo com que a maternidade na adolescência seja considerada uma opção viável para seus projetos de vida.

Um estudo realizado em seis países da América Latina revela uma clara disparidade nas oportunidades educacionais entre mulheres que se tornaram mães na adolescência e aquelas que adiaram a maternidade. Apenas 6,4% das mães adolescentes obtiveram um diploma universitário, em comparação a 18,6% das mulheres que se tornaram mães na primeira década da idade adulta, resultando em uma lacuna educacional de 12%. Embora a conclusão do ensino secundário tenha sido similar entre os grupos, com uma diferença de apenas 3%, 52,4% das mães adolescentes completaram apenas o ensino fundamental, em contraste com 37% do outro grupo que adiou a gestação e pode alcançar etapas maiores da vida escolar. Esses dados evidenciam a urgência de políticas públicas que promovam a educação e o empoderamento das adolescentes, a fim de reduzir essa desigualdade e garantir um futuro mais equitativo para todas as mulheres (Fundo de População das Nações Unidas, 2020).

Em suma, abordar a gravidez na adolescência requer uma perspectiva multifacetada que considere as intersecções entre fatores sociais, econômicos e de saúde. É fundamental que

políticas públicas e programas educacionais se concentrem não apenas na prevenção, mas também na promoção de uma maior equidade social e no fortalecimento dos direitos dos adolescentes. Reconhecendo a complexidade dessa questão, podemos avançar na construção de um futuro onde todas as adolescentes tenham acesso às oportunidades e ao suporte necessário para tomar decisões com informações eficazes sobre as suas vidas reprodutivas e seu desenvolvimento pessoal.

SAÚDE MENTAL E GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2024), a saúde mental é um estado de bem-estar que permite às pessoas lidarem com o estresse, reconhecendo suas habilidades e contribuindo para as suas comunidades. A entidade afirma que diversos fatores individuais, familiares e sociais podem influenciar positivamente ou negativamente a saúde mental, especialmente em contextos de pobreza, violência e desigualdade, que aumentam o risco de problemas mentais. Para as adolescentes mães brasileiras, as unidades de saúde locais são essenciais como fonte de apoio em saúde mental, destacando a necessidade de acesso a cuidados adequados nas comunidades (Lancetti; Amarante, 2006).

O aumento de casos de ansiedade e depressão entre adolescentes que enfrentam a gravidez indesejada é uma questão preocupante e, portanto, é fundamental compreender os fatores culturais, sociais, econômicos e psicológicos que contribuem para essa situação (Wong *et al.*, 2019; Recto *et al.*, 2017). Os autores indicam

que as adolescentes que tiveram filhos entre 15 a 19 anos apresentam índices mais elevados de depressão durante a gravidez em comparação com aquelas de 20 a 34 anos ou acima de 35 anos (Wong *et al.*, 2019). Além da idade, condições socioeconômicas desfavoráveis e o uso de substâncias têm correlação com o surgimento de transtornos mentais em adolescentes que vivenciam a maternidade (Cavalcante *et al.*, 2022). Desta forma, se entende que é necessário considerar a trajetória de vida da adolescente na totalidade.

A adolescência é marcada por uma vulnerabilidade emocional significativa, que pode afetar o bem-estar mental e contribuir para o surgimento de transtornos como depressão e ansiedade. A Academia Americana de Psiquiatria Infantil e Adolescente (2022) destaca que a saúde mental na adolescência é uma preocupação crescente, devido às intensas transformações e desafios dessa fase.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) estima que 10 a 20% dos jovens enfrentam problemas de saúde mental significativos e que metade de todos os transtornos mentais começam antes dos 14 anos. O suicídio é uma das principais causas de morte entre adolescentes e jovens adultos, frequentemente associado a problemas de saúde mental não tratados (OMS, 2022). Portanto, naturalmente a saúde mental é uma questão crítica para adolescentes e os sintomas psiquiátricos podem influenciar a relação materno-infantil e causar sofrimento emocional para a adolescente que se torna mãe e para o bebê (Lewin *et al.*, 2015; Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas, 2015).

Vários fatores influenciam como a adolescente vivencia a gravidez precoce. Fatores decisivos para uma gestação saudável

incluem a aceitação da gravidez, o apoio do parceiro e da família, a satisfação com o próprio corpo durante as mudanças e a perspectiva de futuro (Dalia, 2022). Outros fatores que interferem nas emoções das adolescentes durante a gestação incluem a insatisfação com a mudança de rotina e a redução do autocuidado. O estudo de Molina *et al.* (2021) revelou que as mães adolescentes reconhecem a importância da imagem corporal, mas muitas admitem negligenciar seus cuidados pessoais durante e após a gravidez. O apoio familiar é crucial para que a jovem consiga retomar o autocuidado, uma vez que a atenção ao bebê demanda tempo integral.

É válido ressaltar que fatores socioeconômicos como o desemprego também podem aumentar as preocupações das gestantes em prover necessidades básicas para o bebê. A ansiedade também pode ser intensificada, pois as preocupações durante a gestação frequentemente afetam o bem-estar psíquico das mães (Silva; Clapis, 2020). É crucial avaliar as condições psíquicas da gestante, tanto durante a gestação quanto após o parto, já que sintomas de depressão pré-natal podem persistir e impactar os cuidados maternos (Ogbo *et al.*, 2018).

Por conta das inúmeras particularidades que permeiam a gravidez entre adolescentes, Böing *et al.* (2009) sugerem a inclusão de profissionais de psicologia no primeiro nível de Atenção Básica, enfatizando que equipes multiprofissionais podem oferecer um suporte abrangente. De acordo com o estudo de Santos *et al.* (2018), 79,2% das adolescentes grávidas realizam o pré-natal na rede pública, evidenciando a necessidade de ações intersetoriais para identificar e tratar o sofrimento psíquico na Atenção Básica.

Ressalta-se que, no âmbito da Saúde Coletiva, cuidar da saúde mental é uma responsabilidade compartilhada por diversos profissionais da área da saúde, como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicopedagogos e psicólogos. O ambiente mais adequado para o tratamento de indivíduos que sofrem de doenças mentais, dependentes químicos, vítimas de violência e pessoas com ansiedade profunda é o próprio bairro, as famílias e as comunidades, além das unidades de saúde localizadas nessas áreas onde as pessoas vivem (Lancetti; Amarante, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez na adolescência é um fenômeno complexo que transcende as fronteiras da biologia, entrelaçando-se profundamente com o tecido sociocultural de nossa sociedade. Os dados empíricos sobre a gravidez na adolescência, no Brasil e no mundo, são alarmantes: milhões de adolescentes enfrentam a maternidade precoce anualmente, frequentemente em situações não planejadas e com consequências ainda mais graves quanto mais precário e marcado por violências fora do contexto de vida da adolescente. É importante não perder de vista que estes dados não são apenas números, mas reflexos de realidades sociais díspares, onde o casamento precoce, a falta de educação sexual e o acesso limitado a contraceptivos se entrelaçam, criando um terreno fértil para gestações prematuras. Entretanto, a história da gravidez na

adolescência é, em muitos aspectos, uma história de transformação social. O que outrora era aceito, até mesmo esperado em algumas culturas, tornou-se um “problema de saúde pública” nas últimas décadas. Esta mudança de perspectiva não ocorreu no vácuo, mas sim em paralelo com a evolução dos papéis de gênero, a mudança da participação das mulheres no mercado e as novas expectativas sociais sobre educação e carreira.

Seria um erro tratar a gravidez na adolescência como um fenômeno homogêneo. As experiências variam drasticamente dependendo do contexto socioeconômico. Enquanto jovens de classes mais privilegiadas muitas vezes veem a gravidez como um obstáculo, para outras adolescentes pode representar uma das poucas formas de reconhecimento social disponível. Esta constatação desafia as percepções hegemônicas sobre o tema e exige enquadramentos mais complexos e contextualizados.

A saúde mental é um aspecto crucial, mas frequentemente negligenciado. A adolescência, por si só, é um período de turbulência emocional; adicionar a isso as responsabilidades e pressões da maternidade pode resultar em um coquetel perigoso de estresse, ansiedade e depressão. O risco aumentado de suicídio entre mães adolescentes é um lembrete sombrio da gravidade desta situação.

A gravidez na adolescência não é meramente um “problema” a ser resolvido, mas um fenômeno complexo que reflete as desigualdades e desafios mais amplos de nossa sociedade. Abordar esta questão de forma eficaz requer não apenas intervenções médicas e educacionais, mas uma reavaliação profunda de como valorizamos, protegemos e apoiamos as meninas e mulheres jovens.

Além disso, é fundamental promover o protagonismo dos homens nos papéis de companheiros e pais. Devem ser companheiros no momento de respeitar a decisão da adolescente em utilizar o contraceptivo, e caso uma gravidez ocorra, se tornarem pais conscientes e protagonistas do papel de cuidadores, assim como as mulheres e adolescentes sempre foram responsabilizadas.

É fundamental avaliar as implicações desse enquadramento para políticas públicas e intervenções sociais, considerando como diferentes contextos socioeconômicos e culturais influenciam a percepção da gravidez na adolescência. Ignorar essas variáveis limita nossa compreensão do problema e impede a formulação de soluções efetivas que atendam às necessidades específicas de cada grupo. Dessa forma, a implementação de políticas sensíveis ao contexto e intersetoriais será crucial para enfrentar os desafios da gravidez na adolescência de forma eficaz e inclusiva.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. S. O.; LINS, R. P.; CAMELO, A. L.; MELLO, D. C. C. L. Investigação sobre os Fatores de Risco da Prematuridade: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 3, p. 301-308, 30 out. 2013. Portal de Periódicos UFPB. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4034/rbcs.2013.17.03.14>. Acesso em: 21 mar. 2023.

ALUGA, D.; OKOLIE, E. A. Socioeconomic determinants of teenage pregnancy and early motherhood in the United Kingdom: a perspective. **Health Promotion Perspectives**, [S.L.], v. 11, n. 4, p. 426-429, 19 dez. 2021. Disponível em: <https://hpp.tbzmed.ac.ir/Article/hpp-34688>. Acesso em: 24 jun. 2023.

AMARANTTE, A. L. *et al.* (org.). Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. de S. *et al.* (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 615-634.

AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY. **Depression in children and teens**. 2022. Disponível em: <https://www.aacap.org/AACAP/>

Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/The-Depressed-Child-004.aspx. Acesso em: 20 mar. 2021.

BÕING, E.; CREPALDI, M. A.; MORÉ, C. L. O. O. A epistemologia sistêmica como substrato à atuação do psicólogo na atenção básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 29, n. 4, p. 828-845, 2009. doi: 10.1590/S1414-9893200900-0400013.

BRASIL. **Lei Federal n. 8069**, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente.

CAVALCANTE, M. M. T. *et al.* Impactos da gravidez na saúde mental das adolescentes. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 5, n. 6, p. 23162-23171, 29 nov. 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/54752/40419>. Acesso em: 29 mar. 2023.

COLÉGIO AMERICANO DE OBSTETRAS E GINECOLOGISTAS. Triagem para depressão perinatal. Parecer do Comitê No. 630. **Obstetrics & Gynecology**, 125, p. 1268-1271, 2015. Disponível em: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/CommitteeOpinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Screening-for-PerinatalDepression>. Acesso em: 29 mar. 2023.

DAVIS, A. **Mulheres, Raça e Classe**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2016.

DALIA, B. E.; CHAVES, B. A.; BATISTA, B. C.; JORDÁN, A. de P. W.; BARBOSA, L. N. F. Análise da saúde mental de adolescentes gestantes em um hospital de Pernambuco. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 11, n. 9, p. 1-14, 19 jul. 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i9.32241>. Acesso em: 29 mar. 2023.

DATASUS. TabNet Win32 3.0: **Violência interpessoal e estupro**. 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/violebr.def>. Acesso em: 21 mar. 2023.

FOUCAULT, M. História da sexualidade I – a vontade de saber. Rio de Janeiro: **Graal**, 1977.

FREITAS, G. V. S. de *et al.* Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [S.L.], v. 48, n. 3, p. 245-249, set. 2002. doi: 10.1590/S0104-42302002000300039. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302002000300039>. Acesso em: 16 maio 2023.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Situação da População Mundial. **Maternidade Precoce**. Enfrentando o desafio da gravidez na adolescência, 2013. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop2013_1.pdf. Acesso em: 27 abr. 2021.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Consequências socioeconômicas da gravidez na adolescência em seis países latino-americanos: Implementação da Metodologia Milena na Argentina, Colômbia, Equador, Guatemala, México e Paraguai.** Fundo de População das Nações Unidas - Escritório Regional, 2020.

HEILBORN, M. L. *et al.* Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes Antropológicos**, [S.L.], v. 8, n. 17, p. 13-45, jun. 2002. doi: 10.1590/S0104-71832002000100002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832002000100002>. Acesso em: 24 jun. 2023.

HEILBORN, M. L. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In: HEILBORN, M. L. *et al.* O aprendizado da sexualidade, reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: **Garamond**, 2006. p. 29-59.

hooks, b. O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras. **Rosa dos tempos**, 2018.

INSTITUTO GUTTMACHER. **Adding it up: Investing in sexual and reproductive health**, 2019. Relatório. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-upinvesting-in-contraception-maternal-newborn-health-2017-methodology>. Acesso em: 21 mar. 2023.

LEWIN, A. *et al.* The protective effects of father involvement for infants of teen mothers with depressive symptoms. **Maternal Child Health Journal**, v. 19, n. 5, p. 1016-1023, 2015. doi: 10.1007/s10995-014-1600-2. PMID: 25102809.

MARTINS, A. de C. **Gravidez na adolescência: entre fatos e estereótipos.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.

MOLINA, P. M. *et al.* Perspectivas feministas sobre (in)justicias ocupacionais de maternidades adolescentes. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, [S.L.], v. 29, p. 1-19, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO2169>. Acesso em: 16 maio 2023.

MONTEIRO, D. L. M. *et al.* Trends in teenage pregnancy in Brazil in the last 20 years (2000-2019). **Revista da Associação Médica Brasileira**, [S.L.], v. 67, n. 5, p. 759-765, jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20210265>. Acesso em: 26 abr. 2023.

NERI, M. **Perfil das mães brasileiras.** Rio de Janeiro. Fundação Getúlio Vargas, 2007. In: www.fgv.br/cps. Disponível em: https://www.cps.fgv.br/cps/CD_Maes/Apresentacao/MAE_texto_FIM_versaocurtaFINAL_link.pdf. Acesso em: 25 set. 2024.

NUNES, S. A. Problematizando a gravidez na adolescência. **Revista Epos**, [online],

v. 1, n. 1. ISSN 2178-700X, 2010. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2178-700X2010000100004&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 25 set. 2024.

NUNES, S. A. Esperando o futuro: a maternidade na adolescência / Awaiting the future: teenage motherhood. **Physis (Rio J.)**, v. 22, n. 1, p. 53-75, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000100004>. Acesso em: 25 set. 2024.

OGBO, F. A. *et al.* Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. **Bmc Psychiatry**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 1-11, 20 fev. 2018. Disponível em: 10.1186/s12888-018-1598-x. Acesso em: 16 maio 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Saúde e sexualidade de adolescentes**: construindo equidade no SUS. Brasília, DF: OPAS; MS; BVS. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/13-7-dia-do-estatuto-da-crianca-e-do-adolescente/>. Acesso em: [01 mai. 2023].

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. **Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe**. Informe de consulta técnica. Washington, D.C.: OPAS; 2018. Disponível em: https://www.unicef.org/lac/media/1336/file/PDF_Acelerar_el_progreso_hacia_la_reduccion%C3%B3n_del_embarazo_en_la_adolescencia.pdf. Acesso em: 21 mar. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde mental**: visão geral. Visão geral. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1. Acesso em: 27 set. 2024.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS POPULATION FUND; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean**. Report of a technical consultation. Washington DC: PAHO, UNFPA, and UNICEF; 2017.

RECTO, P. *et al.* Psychosocial Risk Factors for Perinatal Depression among Female Adolescents: a systematic review. **Issues In Mental Health Nursing**, [S.L.], v. 38, n. 8, p. 633-642, 26 jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1330908>. Acesso em: 16 maio 2023.

SAFFIOTI, H. A Mulher na Sociedade de Classes: Mito e Realidade. Petrópolis: **Vozes**, 1976.

SANTOS, B. R. *et al.* **Gravidez na Adolescência no Brasil**: vozes de meninas e de especialistas. Brasília: Indica, 2017. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/gravidez-na-adolescencia-no-brasil>. Acesso em: 19 maio 2023.

SANTOS, L. A. V. *et al.* História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 617-625, fev. 2018. **FapUNIFESP (SciELO)**. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.10962016>. Acesso em: 19 maio 2024.

SILVA, M. M. de J.; CLAPIS, M. J. Perception of pregnant women about the risk factors of depression during pregnancy. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, [S.L.], v. 24, p. 1-8, 2020. Disponível em: [10.5935/1415-2762.20200065](https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200065). Acesso em: 16 maio 2023.

SINASC - Sistema Nacional de Nascidos. **Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos**. 2023. Disponível em: <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/sistema-de-informacao-sobre-nascidos-vivos-sinasc-1996-a-2020>. Acesso em: 10 set. 2024.

UNICEF. **Child marriage** - Latest trends and future prospects. New York: UNICEF, 2018. Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/child-marriage-latest-trends-and-future-prospects/>. Acesso em: 21 mar. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adolescent mental health**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>. Acesso em: 01 mai. 2023.

WONG, S. P. W.; TWYNSTRA, J.; GILLILAND, J. A.; COOK, J. L.; SEABROOK, J. A. Risk factors and birth outcomes associated with teenage pregnancy: a Canadian sample. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, [S.L.], v. 33, n. 2, p. 153-159, abr. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2019.10.006>. Acesso em: 29 mar. 2023.

WORLD MENTAL HEALTH REPORT: **Transforming mental health for all** - executive summary. Disponível em: <https://www.who.int/publications/item/9789240050860>. Acesso em: 01 mai. 2023.

PERFIL DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO DISTRITO FEDERAL NOS ANOS DE 2015 A 2018

Samara Fernandes da Cunha Lemes da Abadia
Andrei Fernandes da Rocha
Bruna dos Passos Gimenes
Gabriela Tizianel Aguilár
Guilherme Lamperti Thomazi

INTRODUÇÃO

No Brasil, em 2017, 4.936 mulheres foram assassinadas em decorrência de violência, uma média de 13 assassinatos por dia, correspondendo a uma taxa de 4,9 homicídios para cada 100 mil brasileiras. Dentre as vítimas, 66% eram mulheres negras, sendo que a taxa de homicídios entre essas mulheres aumentou em 29,9%, entre 2007 e 2017.

As maiores taxas de violência contra mulheres foram registradas em Roraima (10,6 por 100 mil mulheres), Rio Grande do Norte (8,3 por 100 mil), Acre (8,3 por 100 mil) e Ceará (8,1 por 100 mil). Em contraste, as menores taxas ocorreram em São Paulo (2,2 por 100 mil), Distrito Federal (2,9 por 100 mil), Santa Catarina (3,1 por 100 mil) e Piauí (3,2 por 100 mil). No Distrito Federal, até maio de 2019, foram registrados quatro casos de violência sexual por dia, totalizando 376 notificações, das quais 73% das vítimas eram crianças e adolescentes (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA], 2019).

Segundo Minayo (2006), a violência, por si só, não constitui um problema de saúde pública; contudo, torna-se uma questão quando impacta a saúde individual e coletiva, causando danos, lesões, traumas e mortes. Esse cenário exige a organização de práticas e serviços especializados, além da implementação de mecanismos adequados de segurança pública. Como consequência, elevam-se os custos sociais e econômicos, visto que as mulheres vítimas de violência sexual podem desenvolver doenças incapacitantes que comprometem suas atividades diárias, incluindo o cuidado pessoal e de seus filhos, bem como suas condições de trabalho, afetando diretamente sua autonomia financeira, entre outros aspectos (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2021).

A violência é um fenômeno complexo, influenciado por fatores sociais, culturais e econômicos, cujo entendimento requer uma constante revisão, à medida que normas e valores evoluem nas sociedades. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como “o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, outra pessoa ou grupo, ou comunidade, que resulte ou tenha grande probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (OMS, 2002). Essa definição amplia a compreensão da violência, indo além dos aspectos físicos, ao reconhecer também suas dimensões psicológicas e sociais, e sua natureza multifacetada. Nesse contexto, a violência contra a mulher se destaca como uma das manifestações mais críticas, dada sua prevalência e suas graves consequências.

A violência contra a mulher, em particular, representa um problema de saúde pública de grandes proporções. Estima-se

que aproximadamente 30% das mulheres no mundo já tenham sofrido violência física e/ou sexual por parte de seus parceiros em algum momento de suas vidas (OPAS, 2021). Esse tipo de violência compromete não apenas a integridade física e psicológica das vítimas, mas também afeta negativamente sua saúde reprodutiva e sexual, além de aumentar a probabilidade de desenvolver problemas de saúde mental, como depressão e transtornos de ansiedade.

A violência doméstica, uma das formas mais prevalentes de violência, caracteriza-se por qualquer ação ou omissão que cause danos à integridade física, psicológica ou à liberdade dos envolvidos. Ela pode ocorrer tanto no âmbito familiar quanto fora dele, afetando mulheres, crianças, idosos e pessoas em situação de vulnerabilidade, como indivíduos com deficiência (Porto *et al.*, 2014). Essas manifestações de violência incluem agressões físicas, psicológicas, sexuais, econômicas, negligência e abandono, representando um desafio constante para as políticas de saúde pública e de segurança.

No Brasil, os índices de violência contra a mulher são particularmente alarmantes. Em 2022, os homicídios femininos chegaram a 3.924 vítimas, sendo que 36,6% desses assassinatos foram classificados como feminicídios. O Distrito Federal apresentou a maior proporção de feminicídios, com 59,4% das mortes de mulheres enquadradas nessa categoria, e a prevalência foi mais acentuada entre mulheres negras. Tais estatísticas reforçam a necessidade de uma abordagem intersetorial que integre os setores de saúde, segurança pública, educação e assistência social para lidar de maneira eficaz com esse problema multifacetado (Fórum Brasileiro de Segurança Pública [FBSP], 2023).

No campo da saúde pública, a violência contra a mulher é reconhecida como uma questão central, não apenas pelos impactos imediatos à saúde física e mental, mas também pelas consequências de longo prazo para a saúde mental, sexual e reprodutiva das vítimas. A incorporação desse tema no setor de saúde ocorreu gradualmente. Inicialmente tratada apenas como uma questão de segurança pública, a crescente demanda por atendimento emergencial e reabilitação das mulheres vítimas de violência impulsionou sua inclusão como um problema de saúde pública. Hoje, é sabido que as mulheres vítimas de violência têm maior probabilidade de desenvolver doenças crônicas, transtornos mentais e complicações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva (Porto *et al.*, 2014; OPAS, 2021).

Dessa forma, a violência contra a mulher é um problema de saúde pública que afeta homens e mulheres de maneiras distintas, sendo um reflexo das relações de dominação masculina e de subordinação feminina, profundamente enraizadas nas estruturas sociais. Neste contexto, este estudo descreve o perfil das mulheres vítimas de violência sexual no Distrito Federal entre 2015 e 2018. Justifica-se pelo fato de que a violência não é apenas uma questão social e de segurança pública, mas também uma questão de saúde pública, influenciando diretamente não só as despesas individuais e familiares, mas também exercendo um impacto significativo sobre o orçamento público, em razão dos custos associados aos serviços médicos, judiciais, sociais e de proteção.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo dos casos de violência sexual no Distrito Federal, utilizando dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizados pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) em 2019. Esses dados foram organizados em uma planilha eletrônica no software Microsoft Excel. Filtraram-se as ocorrências nas quais a vítima era do sexo feminino, selecionando, em seguida, os casos específicos de violência sexual.

O SINAN é um sistema essencial para a vigilância epidemiológica no Brasil, desenvolvido na década de 1990 com o objetivo de coletar e processar informações sobre doenças e agravos de notificação em todo o território nacional. O sistema fornece dados que permitem analisar a morbidade e monitorar aspectos epidemiológicos, contribuindo diretamente para a tomada de decisões em níveis municipal, estadual e federal (Laguardia *et al.*, 2004). A integração do SINAN com os serviços de saúde possibilita a notificação de agravos, contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas fundamentadas em dados concretos.

Em 2011, a violência sexual foi incluída na lista de agravos de notificação obrigatória por meio da Portaria n.º 104 do Ministério da Saúde, e, a partir de então, passou a ser registrada em todo o país. As informações sobre violência são coletadas por meio da Ficha de Investigação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, que foi integrada ao sistema em 2009 e faz parte do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). Essa ficha é preenchida por profissionais de saúde quando há suspeita ou confirmação de violência. Em alguns casos, pode

ser registrada por outros serviços, como unidades de assistência social, conselhos tutelares, centros de atendimento à mulher e unidades de saúde indígenas, dependendo da organização da rede local.

No Distrito Federal, a coleta de dados é realizada nos serviços de saúde, onde há obrigatoriedade de notificação em casos de violência sexual. Os dados deste estudo foram extraídos de notificações feitas entre os anos de 2015 e 2018, um período escolhido em função da atualização na ficha de notificação em 2015, que melhorou a qualidade e a padronização das informações coletadas.

A base de dados é atualizada anualmente, porém os dados referentes ao ano de 2019 ainda não estavam disponíveis até o momento desta pesquisa. Para a compreensão dos itens do banco de dados, foram utilizados os dicionários de dados SINAN NET nas versões 4.0 (revisado em 2010) e 5.0/Patch 5.1 (revisada em 2015), que são as versões mais recentes disponíveis, garantindo a precisão na interpretação dos campos da ficha de notificação. Conforme a circunstância, modos diversos de notificação e encaminhamento dos casos de violência. Quando uma Unidade de Saúde ou outra unidade notificante identifica, ou suspeita de violência, a vítima é acolhida e a ficha de notificação é preenchida.

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE) do município notificante é responsável por inserir a ficha no SINAN. Em situações em que a vítima reside em outro município, o NVE do local onde ocorreu a notificação insere a ficha no SINAN, garantindo que a regional de saúde do município de residência seja informada. Isso permite que a vítima receba acompanhamento adequado pela Atenção Básica de seu território de residência, conforme a gravidade

do caso. A base de dados disponibilizada pela SES-DF contém aproximadamente 155 variáveis. Para este estudo, as 48 variáveis selecionadas incluíram dados demográficos, tipos de violência, a relação com o agressor e os encaminhamentos realizados.

As variáveis selecionadas refletem os dados mais relevantes para compreender o perfil das vítimas e a dinâmica dos atendimentos realizados. As variáveis escolhidas incluem: idade, sexo, raça/cor, escolaridade, situação conjugal, violência de repetição, tipo de violência (física, psicológica/moral, tortura, sexual, tráfico de seres humanos, financeira/econômico e negligência/abandono), tipo de violência sexual (assédio sexual, estupro, pornografia infantil, exploração sexual e outro tipo de violência sexual), procedimento realizado (aborto previsto em lei), relação com a pessoa atendida (pai, mãe, padrasto, madrasta, cônjuge, ex-cônjuge, namorado(a), ex-namorado(a), filho(a), irmão(a), amigos/conhecidos, desconhecido e cuidador), sexo do provável autor da violência, encaminhamento (rede de saúde, rede de assistência social, rede de educação, rede de atendimento à mulher, conselho tutelar, conselho do idoso, Delegacia de Atendimento ao Idoso, Centro de Referência dos Direitos Humanos, Ministério Público, Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente, Delegacia de Atendimento à Mulher, outras delegacias, Justiça da Infância e da Juventude e Defensoria Pública).

ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização desta pesquisa foram respeitados os preceitos éticos e legais, de modo que nenhuma informação de

caráter sigiloso está exposta no banco de dados acessado e utilizados neste trabalho, nem nos resultados e discussão da pesquisa. Dessa forma, o estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa devido à análise ter sido realizada com anonimização dos dados pessoais, sendo que o banco de dados fornecido pela SES-DF não continha informações de identificação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De janeiro de 2015 a dezembro de 2018, foram notificados no SINAN 14.254 casos de Violência Interpessoal/Autoprovocada no Distrito Federal, dos quais 4.449 (31,7%) casos foram relacionados à violência sexual contra a mulher. A fim de descrever o perfil das mulheres em situação de violência sexual, os dados ao longo do texto apresentam informações sobre idade, escolaridade, tipo de vínculo com o agressor e tipo de violência sofrida. Também são abordados aspectos como a motivação sexista da violência, o tipo de violência sexual, a quantidade de mulheres que realizaram aborto previsto em lei, o sexo do autor da violência e os encaminhamentos recebidos pelas vítimas. Conforme se encontra no Dicionário de Dados – SINAN NET (2015), a variável “escolaridade” não se aplica a menores de 7 anos e a variável “situação conjugal” não se aplica a menores de 9 anos.

Na Tabela 1 constam dados relacionados aos agressores, nela nota-se que os agressores desconhecidos são responsáveis por 33,7% dos casos, representando o maior grupo entre os tipos de vínculos analisados. Em seguida, destacam-se os amigos ou conhecidos das vítimas, que somam 27,0% das agressões notificadas.

Esse dado evidencia que a violência sexual frequentemente ocorre em contextos de proximidade e confiança. Além disso, os padrastos aparecem como responsáveis por 10,1% dos casos, enquanto os pais representam 8,8% das agressões.

Outros vínculos importantes incluem namorados (9,1%) e ex-namorados (1,8%), demonstrando que as relações afetivas também são um espaço de risco para a violência sexual. No contexto familiar, além dos pais, irmãos também figuram entre os agressores, com 2,9% dos casos, refletindo a prevalência de violência sexual no próprio ambiente doméstico.

Tabela 1. Distribuição das mulheres que sofreram violência sexual no Distrito Federal quanto ao tipo de vínculo com o agressor, nos anos de 2015 a 2018

Tipo de vínculo	n	%
Pai	308	8,8
Mãe	60	1,7
Padrasto	354	10,1
Madrasta	05	0,1
Cônjuge	78	2,2
Ex-cônjuge	46	1,3
Namorado (a)	320	9,1
Ex-namorado (a)	64	1,8
Filho (a)	06	0,2
Irmão (a)	103	2,9
Amigos/conhecidos	947	27,0
Cuidador	32	0,9
Desconhecidos	1181	33,7
TOTAL	3504	100

Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), 2019.

Nota: 945 (21,2%) campos vazios ou ignorados.

Os dados sugerem que, além de todos os atos praticados de violência, existem vínculos com os agressores e devido a isso as mulheres podem apresentar resistências e/ou dificuldades para realizar as ocorrências. Mesmo quando as vítimas se encorajam a procurar atendimento e assistência, são postas em um patamar de incerteza por parte de quem está fazendo o atendimento.

Isso demonstra uma fragilidade no sistema de maneira intersetorial (jurídico, saúde e/ou todos os meios pelos quais as mulheres precisam passar), visto que a construção de vínculos de confiança com as vítimas proporciona um ambiente seguro para levar os casos de agressão à frente, evitando a desistência das ocorrências e a volta para a rotina de sofrimento. Usualmente, as vítimas retornam sem esperança de que um dia sairão dessa situação conturbada, sem conseguirem quebrar um tabu imposto pela sociedade machista, onde também suas falas são invalidadas e estas ficam desalentadas (Meneghel *et al.*, 2010).

Tabela 2. Distribuição das mulheres que sofreram violência sexual no Distrito Federal segundo idade e escolaridade, nos anos de 2015 a 2018

Variáveis	n	%
Faixa Etária		
< 1 ano	102	2,3
1-4 anos	366	8,2
5-9 anos	644	14,5
10-14 anos	1476	33,2
15-19 anos	678	15,2
20-34 anos	832	18,7
35-49 anos	278	6,3
50-64 anos	60	1,4
65-79 anos	9	0,2
80 anos e mais	4	0,1
Escolaridade		
Sem Escolaridade	13	0,4
1ª a 4ª série incompleta do EF	357	10,9
4ª série completa do EF (antigo 1º grau)	130	4,0
5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio)	1002	30,5
Ensino fundamental completo (antigo ginásio)	82	2,7
Ensino médio incompleto (antigo colegial)	401	12,2
Ensino médio completo (antigo colegial)	266	8,1
Educação superior incompleta	164	5,0
Educação superior completa	138	4,2
Não se aplica	725	22,1
Total	4.449	100

Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), 2019.

Nota: quanto à escolaridade, 1.165 (26,2%) campos vazios ou ignorados.

De acordo com a OPAS (2021), baixos níveis de educação são um fator de risco tanto para a violência sexual quanto para outros tipos de violência. A Tabela 2 reforça essa associação, mostrando que a maioria das mulheres que sofreram violência sexual no Distrito Federal, entre 2015 e 2018, possuía níveis de escolaridade baixos. Os dados revelam que 30,5% (1.002) das vítimas tinham entre a 5ª e a 8ª série incompleta do ensino fundamental, representando a maior proporção entre as mulheres violentadas. Além disso, 12,2% (401) das vítimas possuíam ensino médio incompleto, e 11% (357) tinham entre a 1ª e a 4ª série do ensino fundamental incompleto.

Esses percentuais evidenciam que a maioria das mulheres afetadas pela violência sexual apresentava baixo nível de escolaridade, um padrão também observado em outros estudos, que associam a vulnerabilidade à violência sexual com menores níveis educacionais. Tal informação é encontrada também por Albuquerque (2017) e Santos *et al.* (2022), que identificaram uma prevalência significativa de violência sexual entre adolescentes com baixa escolaridade, destacando que a menor instrução está diretamente relacionada à maior vulnerabilidade a esse tipo de violência. Outro resultado relevante é que a maioria das vítimas tinha entre 10 e 14 anos, o que pode justificar o fato de grande parte delas estar cursando entre a 5ª e a 8ª série. Essa relação de faixa etária e escolaridade está dentro do esperado para meninas dessa idade, sugerindo que o ambiente escolar pode ser um ambiente de risco, se a temática não for abordada de maneira institucional.

Por outro lado, apenas uma minoria das vítimas tinha níveis de escolaridade mais altos, com 5% das mulheres possuindo educação

superior incompleta e 4,2% com educação superior completa. Esse dado sugere uma correlação entre menor escolaridade e maior risco de sofrer violência sexual, conforme indicado por diversos estudos e pela OMS. Diferentemente do estudo realizado em Goiânia por Sousa *et al.* (2019), no Distrito Federal a faixa etária predominante é de meninas de 10 a 14 anos (33,2%). No entanto, a pesquisa não abordou idades menores que 18 anos, visto que foi uma pesquisa descritiva, analítica, retrospectiva, quantitativa de mulheres atendidas em serviço de referência de violência sexual em Goiânia (GO). Entretanto, de acordo com Paludo e Schirò (2012), a prevalência desse tipo de violência em adolescentes de 10 a 14 anos é de 66%.

Tendo em vista que, em todos os anos estudados, a faixa etária de 10 a 14 anos é a que mais sofre com violência sexual, é necessário ressaltar a importância de se discutir gênero e sexualidade nas escolas. Abordar essa temática promove conhecimento para as meninas de como se dá o processo de violência e, assim, elas podem identificar se estão inseridas nesse contexto. Tratar esse assunto nas escolas é relevante não só para as meninas, mas também para os meninos, pois, quando discutido de forma saudável, é possível quebrar ciclos que perpetuam o machismo, suas relações e seus atos. Esses dados reforçam a necessidade de discutir temas como gênero e sexualidade desde a educação básica, proporcionando um ambiente seguro onde os alunos possam aprender a identificar e a lidar com situações de risco (Temer, 2023).

A Tabela 2 também mostra a distribuição etária das mulheres vítimas de violência sexual no Distrito Federal, destacando a maior

vulnerabilidade de meninas na faixa de 10 a 14 anos, que representam o maior número de casos, com 1.476 notificações (33,2%). Esses dados reforçam que as meninas nessa faixa etária são as mais afetadas pela violência sexual, conforme encontrado também no estudo de Paludo e Schirò (2012), que apontou a prevalência desse tipo de violência entre adolescentes dessa faixa etária.

Além disso, observa-se que o segundo maior grupo afetado está na faixa de 20 a 34 anos, com 832 casos, seguido por adolescentes entre 15 e 19 anos, com 678 notificações. Outros grupos etários, como crianças menores de 5 anos e mulheres com mais de 50 anos, indicam que mulheres são vítimas de violência sexual no decorrer de toda sua vida (Gomes, 2020).

Em relação à situação conjugal, os dados encontrados indicam que a maioria dos casos ocorre entre aquelas que se identificam como solteiras, representando 53,2% do total de notificações. Isso sugere que, mesmo sem uma relação formal, muitas mulheres estão vulneráveis a esse tipo de violência. No entanto, é relevante destacar que muitas mulheres em relações estáveis, como casadas ou em união consensual, também sofrem violência sexual. Esse grupo representa 9,1% dos casos, evidenciando que a violência pode ocorrer mesmo em relacionamentos formais, onde algumas vítimas podem sentir-se obrigadas a aceitar práticas sexuais indesejadas devido à relação estabelecida com os agressores (Mascarenhas, 2020).

Outro dado relevante é que 37,1% dos casos se enquadram na categoria “não se aplica”, que geralmente corresponde a vítimas menores de 9 anos, para as quais a variável de situação conjugal não é aplicável. Esse número significativo reforça a vulnerabilidade

de meninas e crianças pequenas à violência sexual, evidenciando a necessidade de políticas públicas voltadas à proteção e ao apoio dessas vítimas.

No que se refere a raça/cor das mulheres que sofreram violência, assim como identificado na pesquisa de Sousa *et al.* (2019), que investigou o perfil das mulheres vítimas de violência sexual em Goiânia (GO), no Distrito Federal as mulheres pardas também representaram a maioria das notificações de casos de violência sexual entre 2015 e 2018.

De acordo com os dados, 50,1% (1.611 registros) das vítimas eram mulheres pardas. Em seguida, as mulheres brancas corresponderam a 32,2% das notificações, enquanto as mulheres pretas representaram 14,9%. As notificações envolvendo mulheres indígenas e amarelas foram mais raras, com 1,2% e 1,6%, respectivamente.

Esses dados refletem a vulnerabilidade acentuada de mulheres pardas e negras em relação à violência sexual, um padrão frequentemente associado a fatores socioeconômicos e estruturais, como o racismo e a desigualdade de acesso a serviços de proteção e apoio. Estudos anteriores indicam que mulheres pardas e pretas, estão mais expostas a contextos de vulnerabilidade social, o que as coloca em maior risco de sofrer violência sexual, evidenciando a necessidade de políticas públicas que abordem as interseccionalidades de raça, gênero e classe na prevenção e no enfrentamento à violência.

No que se refere à violência sexual motivada por sexismo – discriminação ou preconceito baseado no sexo ou gênero – Uribe e

Pezzia (2018) destacam que a aceitação de mitos e narrativas sobre a violência sexual é reforçada pelo sexismo benevolente, que se disfarça em atitudes como “carinho” e “cavalheirismo”. Esse fenômeno é particularmente comum entre homens, pessoas idosas e indivíduos com menor escolaridade. Entretanto, o número de denúncias por violência sexual no Distrito Federal cresceu significativamente, com um aumento de 595% entre 2015 e 2018, passando de 86 registros em 2015 para 512 em 2018. Esse crescimento reflete uma maior conscientização e disposição das vítimas em denunciar, o que pode sinalizar uma mudança gradual na percepção e no enfrentamento da violência sexual ao longo do tempo.

Em relação ao número de abortos previstos em lei para mulheres que tiveram uma gravidez resultante de violência sexual, o destino dessas vítimas ainda é pouco conhecido. Muitas dessas mulheres carecem de informações sobre seus direitos, o que faz com que uma parcela significativa não saiba que pode recorrer ao serviço público de saúde para realizar o procedimento, levando-as a optar por abortos clandestinos (Drezett; Pedroso, 2012; Heilborn *et al.*, 2012; Dieguez *et al.*, 2024). Mesmo sendo um direito das cidadãs e um dever do Estado, há um notório descaso por parte de gestores de saúde, que frequentemente descumprem políticas públicas e normas médicas e científicas sobre o aborto (Heilborn *et al.*, 2012; Dieguez *et al.*, 2024). Um levantamento aponta que 40% das secretarias municipais de saúde não sabem informar se oferecem o serviço para realizar abortos em situações de violência sexual, enquanto 30% declaram não realizar o procedimento, independentemente das consequências para a mulher (Faúndes *et al.*, 2012).

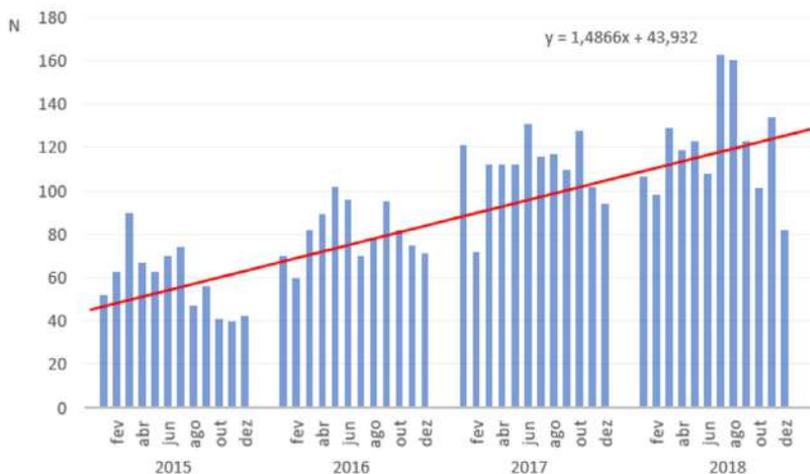
A gestação decorrente de estupro provoca impactos profundos na vida das mulheres, afetando-as emocional, familiar, biológica e socialmente. Para muitas, a gravidez indesejada e forçada é percebida como uma segunda violência, impossível de ser levada até o final (Drezett; Pedroso, 2012; Heilborn *et al.*, 2012; Dieguez *et al.*, 2024). No Distrito Federal, os dados mostram que o número mais alto de abortos decorrentes de violência sexual foi registrado em 2017, enquanto o tipo de violência sexual mais comum é o estupro, que representou 77,5% das notificações.

No que diz respeito aos casos de assédio sexual, em nossa pesquisa, estes correspondem a 16,5%, seguidos por pornografia infantil, exploração e outros tipos de violência sexual, que apresentam proporções menores. Esses dados reforçam a urgência de melhorar o acesso à informação sobre os direitos das mulheres e de garantir a implementação efetiva de políticas públicas de saúde.

Além da violência sexual, há também outros tipos de violência contra a mulher, como a psicológica, física e tortura, entre outros. A violência psicológica é o tipo mais frequente, representando 44,8% dos casos, seguida pela violência física, com 42,8%. A violência psicológica muitas vezes precede a violência física, sendo sutil em seus estágios iniciais, dificultando o reconhecimento precoce e, conseqüentemente, a tomada de medidas preventivas antes que evolua para agressões físicas (Silva *et al.*, 2007). Outros tipos de violência, como tortura (8%), negligência/abandono (2,9%) e violência financeira/econômica (1,3%), também são identificados, ainda que em menor escala. Esses números destacam a necessidade de uma abordagem abrangente para enfrentar todas as formas de violência contra a mulher, com ênfase na prevenção e intervenção precoce.

De acordo com os dados, observa-se um aumento contínuo no número de notificações de violência sexual no Distrito Federal ao longo dos anos. Esse crescimento pode ser resultado de diversos fatores, incluindo o aumento real no número de casos, maior conscientização e informação entre as vítimas e os profissionais de saúde responsáveis pelo acolhimento, ou ainda pela melhoria na estruturação e no número de unidades notificantes (Gaspar; Pereira, 2018). A tendência ascendente observada ao longo do período analisado reflete a gravidade do problema e reforça a necessidade de ações coordenadas para enfrentá-lo de forma eficaz. A linha de tendência mostra um crescimento constante, indicando que a violência sexual permanece uma questão crítica que demanda atenção contínua e melhorias no atendimento às vítimas.

Gráfico 1. Número de notificações de violência sexual contra a mulher nos anos de 2015 a 2018, no Distrito Federal



Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) (2019).

Após a notificação obrigatória, é essencial compreender para onde essas mulheres são encaminhadas, pois isso subsidia a formulação de políticas públicas relacionadas tanto à saúde quanto à segurança. A maioria das mulheres, cerca de 43,5%, é direcionada à rede de saúde, evidenciando a importância desse setor na resposta inicial às vítimas de violência. Além disso, 23% são encaminhadas ao Conselho Tutelar, com destaque para o fato de que muitas vítimas são meninas entre 10 e 14 anos. Outras instituições, ainda que em menor proporção, também recebem esses encaminhamentos, como outras delegacias (8,8%), a Delegacia da Mulher (7,6%) e a Rede de Assistência Social (5,3%).

No entanto, o processo de encaminhamento apresenta fragilidades, como a falta de planejamento adequado na implementação dos serviços, estratégias de avaliação desalinhadas e a ausência de capacitação específica dos profissionais em metodologias de avaliação (Silveira, 2006). Esses desafios evidenciam a necessidade de aprimorar o fluxo de atendimento e o acompanhamento dessas vítimas, além de reforçar a capacitação dos profissionais envolvidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda há muitas barreiras de acesso seguro para as mulheres vítimas de violência, visto que o sistema como um todo é frágil. Os resultados evidenciaram que meninas de 10 a 14 anos são o grupo etário mais afetado pela violência sexual, além disso, baixos níveis de escolaridade se apresentaram como um fator de risco significativo para a ocorrência desses casos. A falta de informações

e o rompimento precoce com o sistema escolar demonstram a vulnerabilidade a que essas mulheres estão expostas, reforçando a necessidade de uma intervenção precoce e de políticas públicas voltadas ao acesso à educação e proteção.

Por se tratar de um tema complexo, que envolve vidas – além das próprias mulheres, mas também das pessoas que a circundam –, é importante ter cautela quando se trata da temática. É necessário reforçar as ações e serviços públicos para o encaminhamento dessas mulheres, uma vez que a falta de informação também é um entrave para o entendimento do itinerário que se deve seguir, tanto da parte das vítimas quanto dos profissionais que muitas vezes não são capacitados. Os resultados também mostraram fragilidades no sistema de notificação e encaminhamento das vítimas, evidenciando a necessidade de fortalecer o fluxo de atendimento e capacitar os profissionais para lidar com essas situações de forma eficiente.

Tornar as informações públicas e de fácil compreensão e promover a educação em saúde se torna cada vez mais essencial, visto que o conhecimento gera empoderamento. Portanto, discutir sobre violência contra a mulher desde a escola se faz necessário, uma vez que faz parte do processo de aprendizado desde a infância, no qual meninas e meninos entenderão o que é certo e errado e como agir em situações de violência. A sociedade civil deve saber seus direitos para cobrar posicionamentos do governo, pois uma sociedade consciente e forte é capaz de modificar realidades. Além disso, é imprescindível considerar a violência no ambiente familiar, visto que a maioria dos casos ocorre em contextos de proximidade e confiança, como foi observado entre padrastos, pais e outros familiares.

Destaca-se também a relevância do fortalecimento de instituições que acolhem mulheres vítimas de violência, prestando assistência integral e humanizada, proporcionando o acesso aos serviços especializados e assegurando condições para o enfrentamento, o empoderamento e a autonomia econômica das usuárias. Por fim, além do setor saúde, fortalecer outros serviços, como o de segurança, é essencial, uma vez que a impunidade dos agressores torna o processo de cura da pessoa que denunciou mais difícil e naturaliza-se conseqüentemente a violência sofrida.

É importante enfatizar que a insegurança ao relatar o caso, muitas vezes, é fruto da falta de punição ao agressor, que pode colocar a vítima em risco novamente e perpetuar ciclos de violência. Assim, melhorar o sistema de justiça e assegurar a aplicação das leis é fundamental para oferecer maior suporte e confiança às mulheres em denunciar a violência.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. L.; SILVA, W. C. Profile of sexual violence against women served in the service of women. **J. Nurs UFPE on line**, Recife, v. 11, Suppl. 5, p. 2106-2115, maio 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.9302-81402-1-RV.1105sup201716>. Acesso em: 19 out.2024. Acesso em: 19 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, p. 37-37, 2011. Acesso em: 19 out. 2024.

DIEGUEZ, R. *et al.* Estupro de vulnerável e aborto legal. **Runa, Archivo Para Las Ciencias del Hombre**, [S. l.], v. 45, n. 2, p. 57-76, 4 jul. 2024. DOI: 10.34096/runa.v45i2.14258. Acesso em: 19 out. 2024.

DREZETT, J.; PEDROSO, D. Aborto e violência sexual. **Ciencia e Cultura**, São Paulo, v. 64, n.2, p. 35-38, junho de 2012. Disponível em: <http://cienciaecultura>.

bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252012000200015&lng=en&nrm=iso. DOI: 10.21800/S0009-67252012000200015. Acesso em: 03 fev. 2021.

FAÚNDES, A.; OSIS, M. J. D.; PÁDUA, K. S. de. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. **Femina**, p. 301-306, 2012. Acesso em: 03 fev. 2021.

FBSP - FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>. Acesso em: 19 out. 2024.

GASPAR, R. S.; PEREIRA, M. U. L. Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00172617, 2018. Acesso em: 03 fev. 2021.

GOES, E. F. Dilemas interseccionais: Racismo e Aborto no Brasil. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, v. 9, n. 1, p. 31-46, 2023. Acesso em: 19 out. 2024.

GOMES, J. M. A. *et al.* Abuso sexual sofrido por mulheres idosas: relatos de vivências. **Revista Kairós-Gerontologia**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 323-339, 2020. DOI: 10.23925/2176-901X.2020v23i1p323-339. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/50572>. Acesso em: 19 out.2024.

HEILBORN, M. L. *et al.* Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro - Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1699-1708, 2012. Acesso em: 03 fev. 2021.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Atlas da violência 2018**. Brasília: IPEA, 2018. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlas/2018>. Acesso em: 19 out. 2024.

LAGUARDIA, J. *et al.* Information system for notifiable diseases (Sinan): challenges in developing a national health information system. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 3, p. 135-146, 2004. Acesso em: 19 out. 2024.

MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200007.SUPL.1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200007.supl.1>. Acesso em: 19 out. 2024.

MENEGHEL, S. N. *et al.* Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 743-752, 2011.

MINAYO, M. C. de S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1259-1267, 2006.

OMS - WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* **Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen.** 2002.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Violência contra a mulher.** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>. Acesso em: 19 out. 2024.

PALUDO, S. dos S.; SCHIRÓ, E. D. B. Um estudo sobre os fatores de risco e proteção associados à violência sexual cometida contra adolescentes e jovens adultos. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 17, n. 3, p. 397-404, 2012. Acesso em: 19 out. 2024.

PORTO, R. T. S.; BISPO JÚNIOR, J. P.; LIMA, E. C. de. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, p. 787-807, 2014. Acesso em: 19 out. 2024.

ROSA, H. M. C. **Políticas do feminino: saúde, sexo, gênero.** 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2023. 398 p. Acesso em: 19 out. 2024.

SANTOS, C. A. dos *et al.* Violência sexual perpetrada na adolescência e fase adulta: análise dos casos notificados na capital de Rondônia. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0405>. Acesso em: 19 out. 2024. Acesso em: 19 out. 2024.

SILVA, L. L. da; COELHO, E. B. S.; CAPONI, S. N. C. de. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, p. 93-103, 2007. Acesso em: 03 fev. 2021.

SOUSA, T. C. C. de *et al.* Características de mulheres vítimas de violência sexual e abandono de seguimento de tratamento ambulatorial. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 117-123, 2019. Acesso em: 19 out. 2024.

TEMER, L. Violência sexual infantil: aumentaram os casos ou as denúncias? In: FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. 17º **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023. p. 204-213. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>. Acesso em: 19 out. 2024.

URIBE, E.; ESPINOSA PEZZIA, A. Sexismo ambivalente y su relación con la aceptación de mitos sobre la violencia sexual en una muestra de Lima. **Revista de Psicología**, La Paz, n. 19, p. 61-74, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322018000100006&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 19 out. 2024.



MULHERES E O SOFRIMENTO SOCIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO DE MULHERES USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DE UM CAPS AD

Milena Basso
Igor Sastro Nunes

INTRODUÇÃO

Este escrito foi realizado a partir da vivência profissional em um programa de residência multiprofissional em saúde mental coletiva, com vivência prática em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III) localizado da região sul do estado do Rio Grande do Sul, discutindo brevemente o perfil socioeconômico de mulheres usuárias de substâncias psicoativas (SPA), o acesso ao serviço especializado de saúde mental, os motivos que levaram ao uso de SPA e como estas mulheres compreendem este processo. A discussão realizada neste relato de experiência possibilita uma visibilidade para este público, contribuindo para a qualificação de profissionais

que atuam nos CAPS AD, assim oportunizando a elaboração de políticas e estratégias que favoreçam a construção de espaços de pertencimento destas usuárias nos serviços de saúde mental.

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral às Usuárias de Álcool e outras Drogas (Brasil, 2003) discute sobre a relevância de reconhecer as particularidades das usuárias de SPA, bem como o contexto social e familiar em que estão inseridas, para assim realizar o planejamento das estratégias do tratamento em saúde destas pessoas, sendo uma discussão necessária, visto as violações de direitos que as usuárias enfrentam.

A Portaria n.º 3.088 de 23 de dezembro de 2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destinada ao atendimento em saúde de pessoas em sofrimento ou com transtorno mental e também para pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas. De acordo com esta legislação, o serviço de atenção especializada da RAPS é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o qual deve ser composto com equipe multiprofissional e as intervenções realizadas sob a ótica interdisciplinar (Brasil, 2011).

Os CAPS possuem diferentes modalidades, entre elas o CAPS AD III, o qual foi o cenário da realização deste relato de experiência. Os CAPS AD III prestam atendimento para pessoas adultas ou crianças e adolescentes (considerando as orientações do Estatuto da Criança e Adolescente, 1990), que fazem uso de substâncias psicoativas. Este serviço tem o funcionamento de 24 horas, todos os dias da semana, incluindo finais de semana e feriados, com o máximo de 12 leitos de observação e indicado para municípios com população acima de 200 mil habitantes (Brasil, 2011).

As legislações que visam a proteção das usuárias da RAPS, como a Lei n.º 10.216 de 6 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos destas, sendo de extrema importância a garantia de um tratamento em saúde que considere as singularidades das pessoas (Brasil, 2001). No caso das mulheres usuárias de substâncias psicoativas, os atendimentos prestados nos CAPS AD necessitam considerar as características destas para o fortalecimento do vínculo entre serviço e usuárias.

Historicamente, as mulheres enfrentam diversas formas de discriminação na sociedade, seja no âmbito familiar, no mercado de trabalho ou em outras esferas sociais. Conforme Oliveira *et al.* (2006), as mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas sofrem uma dupla discriminação: primeiramente por serem mulheres e, adicionalmente, pelo uso dessas substâncias. Isso as expõe a diversas violações de direitos, incluindo o direito à saúde, uma vez que os serviços de atenção à saúde voltados para usuárias de SPA frequentemente apresentam dificuldades em planejar ações e atividades que considerem suas especificidades. Como resultado, muitas mulheres acabam não acessando esses serviços ou realizando o tratamento adequado. De acordo com o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (Brasil, 2017), dos 153.095 mil participantes da pesquisa, 78.916 mil são mulheres, ou seja, 51,5% da amostra. Porém, ao analisarmos o II Relatório Brasileiro sobre Drogas (Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2021), o maior número de usuários de SPA são homens. Neste sentido, observamos a importância da análise de diferentes estudos sobre esta temática, os quais contribuem para o aprofundamento

do conhecimento sobre o perfil de usuárias/os de SPA e também subsidiam as ações de cuidado em saúde mental, bem como da visão de profissionais inseridos nos CAPS AD.

A pesquisa que originou este manuscrito foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa e aprovada, com o cumprimento de todos os compromissos éticos relacionados à participação das mulheres usuárias de substâncias psicoativas vinculadas ao CAPS AD III em questão. A inclusão das participantes no estudo ocorreu de forma voluntária, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo o sigilo das informações e a disponibilização de um espaço de acolhimento, considerando a sensibilidade dos temas abordados nas entrevistas.

Desta forma, este manuscrito visa realizar uma discussão sobre as demandas e necessidades de mulheres usuárias de SPA, pontuando a relevância de considerar as singularidades destas para assim os CAPS AD construïrem estratégias de atendimentos a situações vivenciadas pelas usuárias. O debate baseia-se na experiência profissional em um CAPS AD III e a partir do aprofundamento do conhecimento teórico da temática.

A DISCUSSÃO SOBRE GÊNERO, O IMPACTO DA SOCIEDADE PATRIARCAL E O ATENDIMENTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O patriarcado presente na sociedade brasileira resulta em diversas consequências para as mulheres, as quais sofrem discriminação de gênero, incluindo dificuldades para acesso aos direitos assegurados nas legislações. O patriarcado apresenta-se

como sinônimo de opressão às mulheres, mesmo com os avanços históricos resultantes de movimentos sociais, esta ideologia se reproduz e favorece a exploração da força de trabalho, desta forma, o conservadorismo das relações sociais sucede em desigualdades para as mulheres (Cisne; Santos, 2018).

As mulheres enfrentam desvantagens no mercado de trabalho, como a diferença salarial em relação aos homens e a menor quantidade de oportunidades disponíveis para elas. Além deste trabalho, na maioria das vezes, os afazeres domésticos e os cuidados com a família são de única responsabilidade das mulheres e estas tarefas não são valorizadas (Cisne, 2014). Na sociedade capitalista e patriarcal em que vivemos, percebe-se uma limitada visibilidade sobre a discussão das responsabilidades atribuídas exclusivamente às mulheres, as quais deveriam ser compartilhadas com as demais pessoas que convivem com elas. Alves e Rosa (2016) discorrem que gênero deve ser analisado para além de dualismos, essencialismos e binarismos, pois

Gênero não diz respeito, apenas, à cultura, tal como sexo não diz respeito, estritamente, à natureza. Também gênero não se reduz ao que está sancionado tradicionalmente como “feminino” ou “masculino” enquanto polos opostos de um binário. Significa, sobretudo, multiplicidade, pois abrange uma diversidade de grupos de pessoas, a exemplo de travestis e transexuais (Alves; Rosa, 2016, p. 449).

A respeito do acesso das mulheres ao Sistema Único de Saúde (SUS), a Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2019 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 69,9% das/os participantes da pesquisa que acessaram algum serviço da Atenção

Primária à Saúde (APS), eram mulheres. A partir disto, podemos associar este dado ao contexto histórico e cultural que as mulheres são as principais responsáveis pelo cuidado da família e também pela sua saúde (IBGE, 2019).

Neste sentido, analisamos o quanto a discussão sobre gênero é complexa e possui uma vasta diversidade em sua composição, sendo assim, os serviços de saúde do SUS precisam abordar estas questões em seus processos de trabalho para o fortalecimento de suas ações assertivas. Diante do exposto, ressalta-se a importância de analisar e estudar aspectos do cotidiano de mulheres usuárias de substâncias psicoativas, da forma que estas vivenciam as desigualdades presentes na sociedade patriarcal e sobre a maneira que estas acessam os CAPS AD para o efetivo tratamento que considerem suas particularidades enquanto mulheres.

O PROCESSO DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR MULHERES E O ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL DIRECIONADO A ELAS

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) representam a materialização da Reforma Psiquiátrica, ao priorizarem o cuidado em liberdade, respeitando as escolhas das usuárias e sua autonomia. Essa abordagem promove a inserção das usuárias nas decisões sobre seu tratamento de saúde por meio do Plano Terapêutico Singular (PTS), um instrumento que visa planejar as estratégias de cuidado em saúde mental de forma conjunta, atendendo às singularidades e desejos de cada indivíduo (Brasil, 2007).

Os CAPS AD surgiram em 2002, com objetivo de prestar a assistência em saúde necessária às usuárias de substâncias

psicoativas (Brasil, 2003). Já os CAPS AD III, surgiram em 2012, visando regular o serviço que possui o funcionamento de 24 horas por dia, todos os dias da semana, contando com leitos de acolhimento noturno às usuárias que necessitam por questões psicossociais, desintoxicação, repouso, proteção e outras situações (Brasil, 2012).

Assim, os CAPS AD III devem oferecer acolhimento e proteção às usuárias, priorizando a liberdade, o convívio com familiares e a integração com a comunidade em geral. Esses centros devem ser espaços que garantam o direito das pessoas de estar e permanecer, especialmente em situações de crise, nas quais os profissionais realizam o manejo das crises com foco em ações humanizadas.

No entanto, por vezes, observamos no cotidiano dos serviços e nas literaturas que discorrem sobre a realidade destes espaços, violações de direitos das usuárias, sendo barrado o acesso em situações de crise, realizando o encaminhamento destas diretamente para internações hospitalares, sem tentativas de manejo humanizado. Neste sentido, analisamos que estas situações ocorrem por diferentes motivos, dentre eles, a falta de conhecimento por parte dos profissionais das equipes que não possuem capacitações específicas para trabalhar na área de saúde mental, bem como a ausência de uma gestão participativa nos processos de trabalho. Logo, a Educação Permanente e continuada das equipes apresenta-se de extrema importância, visando intervenções qualificadas e acolhedoras.

No que diz respeito ao tratamento de saúde de mulheres usuárias de substâncias psicoativas, os CAPS AD devem adequar-se às demandas e necessidades específicas dessas mulheres, que diferem

das dos homens. É fundamental acompanhar de perto a adaptação dessas mulheres ao serviço e ao tratamento, realizando uma avaliação contínua das ações direcionadas a elas (Targino, 2017).

No cotidiano de mulheres usuárias de SPA observamos as dificuldades que enfrentam para o acesso ao CAPS AD, ao sofrerem discriminação por serem mulheres e estarem fazendo uso de SPA. Com isso, em muitos casos, as usuárias acabam não acessando e frequentando as atividades ofertadas, prejudicando a vinculação ao serviço de saúde, a continuidade do seu tratamento, bem como a viabilização de direitos sociais. O reconhecimento dos desejos dessas mulheres e o respeito às suas escolhas devem ser elementos centrais no tratamento, em conformidade com a política específica de atenção integral às usuárias de substâncias psicoativas (Brasil, 2003), a redução de danos (RD) apresenta-se como uma estratégia que visa reconhecer as usuárias e suas singularidades, organizando e planejando juntamente com estas o tratamento adequado às suas necessidades.

Estudos como de Henriques e Rosa (2020) discutem os motivos que levam as mulheres ao uso de SPA, que diferem dos motivos dos homens. O uso de SPA de mulheres por vezes ocorre após vivências traumáticas, como violências, perda de familiares, isolamento social, o fato de companheiros fazerem uso, baixo nível de escolaridade, a ausência de trabalho formal e assim não possuem condições de sustento da família, entre outros motivos.

O sofrimento social que as mulheres usuárias de SPA apresentam também precisa ser considerado nas ações das/os profissionais dos CAPS AD. Este sofrimento social está ligado à ausência de acesso aos direitos sociais, ao trabalho, ao lazer, à saúde, à

fragilidade e/ou rompimento de vínculos familiares e comunitários (Werlang; Mendes, 2013). Analisamos que as violações destes direitos interferem no tratamento em saúde mental e também está presente nas situações de isolamento social, desigualdades e discriminações que estas mulheres enfrentam no seu cotidiano, tanto no âmbito familiar, quanto no social e institucional, situações que também influenciam o uso de SPA.

Com o acolhimento humanizado destas mulheres nos CAPS AD possibilita-se uma aproximação entre profissionais e usuárias, oportunizando um espaço de vinculação e para conhecimento de suas demandas e necessidades, bem como, sobre a visão das usuárias sobre o uso de SPA. Conforme a Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2003) uma das suas diretrizes é o acolhimento, o qual tem objetivo de construir relações de confiança, compromisso ético e técnico e vínculo com as usuárias dos serviços de saúde, bem como com as redes de suporte destas.

Portanto, os motivos que levaram estas mulheres ao uso de SPA, seu perfil socioeconômico, o contexto social em que estão inseridas, as dificuldades de acesso ao CAPS AD e a forma que elas visualizam o uso de SPA, são algumas das questões relevantes a serem levantadas pelas/os profissionais de saúde, visando o fortalecimento das intervenções e vinculação das usuárias.

A EXPERIÊNCIA DO TRABALHO COM MULHERES USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM UM CAPS AD

No atendimento às mulheres usuárias de SPA observamos desafios para a concretização do acompanhamento em saúde mental

destas. Os CAPS AD são dispositivos de cuidado que precisam analisar a singularidade das mulheres e elaborar estratégias de aproximação das usuárias ao serviço. Ao ingressar em um CAPS AD, foi observado um distanciamento das mulheres usuárias em relação às atividades ofertadas pelo serviço. Por esse motivo, em parceria com uma profissional residente, iniciamos o acompanhamento de algumas usuárias. Essas ações, vale destacar, não eram realizadas antes da chegada das residentes em saúde mental coletiva ao serviço. Inicialmente o acompanhamento das mulheres era efetivado individualmente, considerando suas responsabilidades, pois conforme já discutido neste estudo, as mulheres realizam atividades que acabam sendo de única responsabilidade, como afazeres domésticos, cuidados com familiares, além do trabalho laboral. Dessa maneira, os atendimentos passaram a ocorrer de acordo com as disponibilidades das usuárias, incluindo visitas domiciliares para compreender o contexto em que estavam inseridas, indo além das estruturas do CAPS AD. Essa abordagem possibilitou a busca ativa dessas mulheres, promovendo a retomada do cuidado em saúde. Com a utilização deste instrumento de trabalho, oportunizou a aproximação destas mulheres ao serviço, assim fortalecendo a vinculação entre profissionais e usuárias, desta maneira, sendo identificadas demandas e possibilidades no tratamento em saúde mental, sendo reforçado o direito delas acessarem o CAPS AD.

A articulação com a rede intersetorial de serviços possibilitou o atendimento de demandas e necessidades que as usuárias apresentavam – grande parte das mulheres acompanhadas vivenciavam situações de vulnerabilidade socioeconômica,

violências de diferentes naturezas, violações de direitos, conflitos familiares, entre outras questões que impactam diretamente no sofrimento psíquico, que as levavam ao uso de SPA. Ao longo desses atendimentos e acompanhamentos, as mulheres refletiram sobre as violências que vivenciaram, reconhecendo-se em contextos de violência doméstica ou em situações em que sofreram diferentes formas de violência, inclusive enquanto faziam uso de substâncias psicoativas com outras pessoas. Além disso, as dificuldades de acesso a direitos básicos, como saúde, trabalho, lazer e outros, também se mostraram presentes no cotidiano dessas mulheres, evidenciando a complexidade de suas realidades. A fim de criar espaços de pertencimento às usuárias de substâncias psicoativas no CAPS AD, concretizou-se um grupo de mulheres, o qual tinha por objetivos oportunizar um espaço de acolhimento às usuárias, compartilhamento de experiências e de discussão sobre o contexto social em que estavam inseridas e a respeito do uso de SPA, como elas visualizam este processo e as formas que o serviço pode acolher e atender suas demandas e necessidades. O grupo ocorria semanalmente, com duração de aproximadamente uma hora, e a condução do espaço era realizada por duas residentes, uma terapeuta ocupacional e uma assistente social.

As usuárias convidadas a compor o grupo já estavam sendo acompanhadas e também algumas foram indicadas pela equipe do serviço. Inicialmente, as mulheres interagem entre si e com as profissionais, compartilhando opiniões e reflexões sobre o tratamento em saúde mental que lhes era oferecido. Elas destacaram a importância de o CAPS AD considerar as particularidades de

seus cotidianos, de modo a possibilitar um acesso mais efetivo às atividades do serviço. Um dos assuntos presentes nos encontros foi o enfrentamento a discriminação que enfrentavam por serem mulheres e estarem fazendo uso de SPA, sendo citado o receio da sociedade tomar conhecimento sobre esta situação que vivenciam.

Ainda durante os encontros, as usuárias mencionam as dificuldades de participação neste espaço: os cuidados com os filhos e outros familiares adoecidos, impossibilidade de dispensa do trabalho e a distância da sua residência, entre outros empecilhos da frequência. Diante destas dificuldades, o grupo teve quatro encontros semanais, com aproximadamente três mulheres participantes, houve ainda tentativas de manter o grupo, porém conforme citado, não teve continuidade.

A partir desta avaliação das mulheres usuárias sobre a realização do grupo e da percepção dos vários fatores que influenciavam a aderência ao espaço, ocorrendo poucos encontros, foi dado continuidade aos acompanhamentos individuais, sendo articulado as formas de atendimento, compreendendo os contextos de vida e singularidades das usuárias.

Percebemos a dificuldade que o serviço apresenta de reconhecer as particularidades que as mulheres usuárias apresentam, assim como analisamos estes impasses na literatura pesquisada sobre a temática de atendimento de mulheres usuárias de SPA. Antes da inserção profissional durante o percurso da residência, o CAPS AD não dispunha de um espaço coletivo nem de um acompanhamento direcionado às mulheres, o que impactava diretamente o tratamento em saúde mental e dificultava o acesso das usuárias ao serviço.

A ausência de interação social entre as usuárias e também com as profissionais da equipe limitava o potencial de acolhimento. Com a implementação de ações coletivas, foi possível contribuir para que as usuárias refletissem sobre o processo de uso de substâncias psicoativas que vivenciam, fortalecendo o vínculo com o serviço e promovendo um cuidado mais integral. As experiências apresentadas neste estudo evidenciam a necessidade de uma construção contínua das ações nos CAPS AD, de forma a considerar as singularidades das usuárias. Esse enfoque é essencial para oferecer um atendimento adequado às suas demandas, compreendendo as diversas formas como o uso de substâncias psicoativas influencia e intensifica o sofrimento psíquico dessas mulheres.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo discutir o uso de substâncias psicoativas por mulheres, suas demandas e as formas como os CAPS AD devem considerar as especificidades dessas usuárias. O propósito foi identificar e construir estratégias que atendam às suas singularidades, promovendo a inclusão dessas mulheres no cotidiano do serviço de saúde.

A partir da revisão bibliográfica e da inserção em um CAPS AD, foi possível avaliar que as mulheres usuárias de substâncias psicoativas apresentam demandas distintas em relação aos demais usuários. Além disso, enfrentam dificuldades de acesso específicas e estão inseridas em uma sociedade patriarcal que lhes impõe responsabilidades exclusivas, sobrecarregando-as. Em muitos

casos, o uso de SPA surge como uma consequência das situações vivenciadas nesse contexto.

As demandas que elas apresentam diferem dos demais usuários pois os motivos que as levaram ao uso de SPA são resultantes de situações traumáticas, violências de gênero, a sobrecarga de responsabilidades nos cuidados de terceiros, e conforme abordado, estas questões demandam ações profissionais que considerem estas particularidades, sendo de extrema importância a identificação do sofrimento social que apresentam e assim construir juntamente com elas e sua rede de suporte estratégias que visem o acesso ao tratamento em saúde mental.

Ao acessarem os CAPS AD as mulheres também enfrentam discriminações, principalmente por serem mulheres e estarem fazendo uso de SPA, desta forma, a discussão sobre gênero nestes serviços de saúde se torna fundamental, pois conforme abordado, elas apresentam demandas e necessidades distintas, sendo relevante o conhecimento sobre o contexto social e familiar que estão inseridas, seu perfil socioeconômico, os motivos do uso de SPA e as consequências que observam no seu cotidiano. Estas são questões que os CAPS AD devem considerar para ofertar um tratamento em saúde mental, efetivando a construção do PTS, assim, priorizando o cuidado em liberdade, e seguindo os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Nesse sentido, analisamos que a Educação Permanente das profissionais nos CAPS AD é essencial para fomentar um olhar crítico da equipe sobre as situações, demandas e o sofrimento social das mulheres usuárias de substâncias psicoativas. Muitas vezes, há

resistências em reconhecer que essas usuárias possuem demandas singulares, o que torna indispensável o planejamento de ações, tanto individuais quanto, principalmente, coletivas, direcionadas especificamente a elas.

Diante do exposto, as equipes de profissionais inseridas nos CAPS AD necessitam estar em permanente discussão sobre as situações das usuárias, construindo coletivamente estratégias que aproximem as mulheres do serviço. A Educação Permanente precisa estar presente no cotidiano profissional, aperfeiçoando os debates e ações que visem o atendimento do sofrimento social que as usuárias de SPA enfrentam.

REFERÊNCIAS

ALVES, T. M.; ROSA, L. C. S. Usos de substâncias psicoativas por mulheres: a importância de uma perspectiva de gênero. **Revista Estudos Feministas**, v. 24, p. 443-462, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/nkvT95KzLpLjigZb3hPVtdw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em: 09 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 13 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf.

Acesso em: 09 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira**. Rio de Janeiro: 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em: 20 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **II Relatório Brasileiro sobre Drogas**. Brasília: 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/arquivo-manual-de-avaliacao-e-alienacao-de-bens/SumarioExecutivoIIRelatrioBrasileirosobreDrogas.pdf>. Acesso em: 29 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2ª Edição. Brasília: 2007. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em: 18 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS. **Política Nacional de Humanização PNH**. 1ª Edição. Brasília: 2013. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 18 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**. Atenção primária à saúde e informações antropométricas. Rio de Janeiro: 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>. Acesso em: 18 out. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 13 out. 2023.

CISNE, M. **Feminismo e consciência de classe no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2014.

CISNE, M.; SANTOS, S. M. M. **Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018.

HENRIQUES, S. A.; ROSA, L.. Entre elas: Ser e viver mulher usuária de substâncias psicoativas. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, v. 6, n. 4, p. 268-292, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/38379/24497>. Acesso em: 13 out. 2023.

OLIVEIRA, J. F.; PAIVA, M. S.; VALENTE, C. L. M. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 473-481, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/jj/csc/a/fw9S4z7hbCt89XRTfPDVnBp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2023.

TARGINO, J. Interfaces entre gênero e dependência química: trajetórias femininas. **Ideias**, v. 8, n. 2, p. 177-196, 2017. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ideias/article/view/8650126/16529>. Acesso em: 13 out. 2023.

WERLANG, R. MENDES, J.M. Sofrimento social. **Serviço Social & Sociedade**, n. 116, p. 743-768, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/jj/ssoc/a/ZgB7nvx4ps8DmGFnvNVBYmd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2024.

DOR SILENCIOSA, EXCLUSÃO VISÍVEL: VIVÊNCIA DE MULHERES COM FIBROMIALGIA E ARTRITE REUMATOIDE

Cléia Saionara Hoffmann
Alessandra Porto d'Ávila
Tácia Borges de Oliveira Miller
Thayane Regina Gonçalves
Anahí da Silva da Cunha Guimarães

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Ser mulher é sinônimo de luta, acolhimento e perseverança. A tripla jornada, a perspectiva de mulheres multitarefa e constatações culturalmente enraizadas na sociedade fazem com que as mulheres, mesmo em momentos de dor extrema, sigam com seus afazeres domésticos, trabalhando normalmente e cuidando dos seus (companheiros, amigos, familiares). Nesse contexto fortemente marcado pelo machismo e pelo patriarcalismo, é preciso reconhecer que a dor feminina é, muitas vezes, desacreditada e isso gera prejuízos no cuidado e na identificação de condições de saúde que as afetam. Dentre estas condições, destacamos a fibromialgia e a artrite reumatoide, as quais são dois agravos reumáticos que afetam, predominantemente, mulheres adultas, e ambos trazem um impacto consideravelmente amplo e profundo na qualidade de vida de quem os enfrenta diariamente (Heymann *et al.*, 2017; Brasil, 2020).

Nosso objetivo aqui não é apenas apresentar informações e dados, mas entrelaçar conceitos da área da saúde às vivências, de forma ampla, ao compartilhar a experiência de duas autoras (doravante referidas como Mulher Branca e Mulher Preta), mulheres que convivem com as condições mencionadas anteriormente. Além disso, buscamos dar voz às percepções individuais, captadas em conversas informais, e às reflexões oriundas de discussões coletivas realizadas em espaços de cuidado, frequentados tanto por essas mulheres ao longo de seu percurso diagnóstico quanto pelas demais autoras, que são profissionais da saúde ou convivem com pessoas com as condições abordadas.

A escritora brasileira Conceição Evaristo (2014) desenvolveu uma abordagem literária profundamente ligada à vivência, chamada *escrevivência*, que une as palavras “escrever” e “viver”. A ideia central dessa prática vem das experiências de vida e resistência de grupos marginalizados. A *escrevivência* busca dar voz às vivências, memórias e histórias de pessoas que normalmente são silenciadas ou que não encontram espaço na produção de conhecimento tradicional. É uma escrita moldada pelas marcas que a vida deixa no corpo e na mente, narrando experiências de opressão e dor, mas também de amor, luta e superação (Duarte; Nunes, 2020).

Inspiradas pela autora e pelas vivências de Mulher Branca e Mulher Preta, tanto em suas experiências individuais, ao buscar serviços de saúde públicos e privados para referir seus sintomas, quanto nas escutadas em conversas informais – seja na sala de espera de um consultório médico, na farmácia para retirada ou compra de medicamento, ou ainda em outras situações de atendimento em

serviços de média e alta complexidade –, buscamos compreender as causas e consequências da exclusão e invisibilização de mulheres que sofrem com essas condições. Ao ouvir e sentir as dores de outras mulheres, nossa intenção é trazer à tona a realidade da exclusão social enfrentada por elas, ampliando a conscientização sobre a urgência de um olhar mais plural e humano para essas questões.

PERCEPÇÕES SOBRE SÍNDROME E DOENÇA

A fibromialgia é considerada uma síndrome porque afeta vários sistemas do corpo e se manifesta de forma complexa. Envolve um conjunto de sinais, que podem ser observados ou medidos pelo profissional de saúde, e sintomas que são sentidos pelo paciente, mas cuja origem nem sempre é clara ou totalmente compreendida. Além disso, o tratamento pode variar significativamente de acordo com o caso. As principais características sintomatológicas são inespecíficas e subjetivas, sendo a dor muscular difusa e sensibilidade em várias partes do corpo, ou de forma generalizada, os principais deles (Winslow *et al.*, 2023).

Além das dores físicas, os pacientes frequentemente enfrentam alterações cognitivas e funcionais, como problemas de memória, cansaço extremo, sono não reparador e dificuldades de concentração e sintomas emocionais. A negação da doença e de seu tratamento é comum. A ausência de achados físicos objetivos, como exames laboratoriais alterados, e a persistência da dor, apesar do tratamento, contribuem para essa resistência, dificultando a adesão às recomendações médicas (Oliveira; Campos, 2019).

A fibromialgia possui sintomas que impactam significativamente a qualidade de vida dos pacientes. Apesar da alta prevalência, especialmente entre mulheres, ela ainda é pouco compreendida, com fisiopatologia indefinida e tratamentos limitados. A condição frequentemente leva à incapacidade, isolamento social e problemas de saúde mental como depressão e ansiedade. A percepção de apoio social, ou seja, a sensação de estar conectado e cuidado por outras pessoas, tem sido apontada como um fator importante para o enfrentamento de doenças crônicas. No entanto, a relação entre o apoio social e os sintomas da fibromialgia, especialmente no contexto brasileiro, ainda é pouco explorada. A falta de estudos sobre o tema impede uma compreensão mais aprofundada dos mecanismos pelos quais o apoio social pode influenciar o curso da doença e a resposta aos tratamentos, além de limitar o desenvolvimento de intervenções psicossociais mais eficazes para esses pacientes (Freitas *et al.*, 2017).

Por outro lado, a artrite reumatoide é uma doença autoimune inflamatória e crônica, caracterizada por um curso progressivo com estágios definidos. As articulações são as principais estruturas afetadas, especialmente nas mãos, punhos e joelhos, causando inflamação, dor, inchaço e rigidez. À medida que a doença avança, a mobilidade é comprometida, e surgem deformidades nas articulações. Além dos sintomas articulares, muitos pacientes sofrem de fadiga, febre e perda de apetite. Embora a causa exata ainda não seja totalmente conhecida, conforme Netto *et al.*, estudos apontam para fatores genéticos e ambientais como influenciadores do desenvolvimento da doença (Netto *et al.*, 2021).

A partir de nossas vivências, consideramos que tanto a fibromialgia quanto a artrite reumatoide revelam um padrão preocupante: o preconceito histórico e social em relação à dor vivida por mulheres, além da não validação ou reconhecimento dessa dor. O sofrimento físico e o isolamento social que elas enfrentam se manifestam de maneira silenciosa e constante, tornando-se uma realidade difícil de suportar. Percebemos, ao dividir isto com outras portadoras, que nossa dor é minimizada, contribuindo para o apagamento contínuo de nossas condições de saúde. Assim como acontece com as cólicas menstruais, dores do parto e sintomas do climatério e menopausa, suas queixas frequentemente são desvalorizadas e tratadas como “frescura”, ignorando o sofrimento real que essas doenças causam. Ao finalmente buscar auxílio nos serviços de saúde, nós mulheres temos nossos sintomas e queixas questionados, desacreditados ou atribuídos ao cansaço diário, à jornada excessiva ou a uma suposta “sensibilidade feminina”. Isso agrava, em nossa percepção, ainda mais a dificuldade de obter um diagnóstico preciso, especialmente no caso da fibromialgia, cujos sintomas, sendo mais subjetivos e difusos, tornam o reconhecimento clínico mais complicado e demorado.

Apesar do impacto profundo na qualidade de vida dos pacientes, essas condições frequentemente permanecem invisíveis para a sociedade brasileira. O apagamento começa muitas vezes com o próprio paciente e seus familiares, que só tomam conhecimento da existência da doença no momento do diagnóstico e, por conta da falta de sintomas visíveis, enfrentam dificuldade em compreender a gravidade da situação. Além disso, muitos profissionais de saúde carecem de

informações adequadas sobre as condições, uma situação comum em diversas doenças autoimunes (Melo; Silveira; Arruda, 2023).

FIBROMIALGIA, ARTRITE REUMATOIDE E SUAS INVISIBILIDADES

Desde o século XIX, há relatos de estados de dor crônica sem uma causa orgânica, classificados como doenças da dor. Em 1992, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a fibromialgia, incluindo-a na Classificação Internacional de Doenças (CID). Esse reconhecimento foi um marco significativo, pois conferiu visibilidade à condição e legitimou o sofrimento das pessoas que convivem com seus sintomas (Besset *et al.*, 2010).

O Colégio Americano de Reumatologia (ACR) estabeleceu, em 1987, critérios que se tornaram fundamentais para a classificação da artrite reumatoide, sendo amplamente utilizados até os dias de hoje no diagnóstico da condição. Posteriormente, em 2010, o ACR, em parceria com a Liga Europeia Contra o Reumatismo (EULAR), introduziu uma nova abordagem para classificar a artrite reumatoide em suas fases iniciais, buscando aprimorar a detecção e o manejo da doença (Netto *et al.*, 2021).

Apesar de todo o progresso no entendimento dessas condições, muitos médicos ainda encontram dificuldades para diagnosticar, principalmente a fibromialgia. Acredita-se que a razão principal seja a subjetividade dos sintomas, que podem facilmente ser confundidos com de outras doenças e a ausência de marcadores biológicos que possam ser detectados por exames laboratoriais e/ou de imagem. Além disso, a falta de especialistas

na área da reumatologia agrava essa situação (Heymann *et al.*, 2017; Helfenstein Junior *et al.*, 2012).

A perspectiva para portadores de artrite reumatoide não é muito diferente. Embora o diagnóstico seja possível por meio de exames, a demora em identificar os sintomas e no encaminhamento ao especialista, devido às longas filas de espera e escassez de profissionais da área, acaba inviabilizando o tratamento inicial, que deveria começar nos primeiros seis meses após o surgimento dos sintomas, na fase inicial da doença. No entanto, muitos pacientes enfrentam anos de espera até receberem um diagnóstico definitivo. Durante esse processo, os sintomas frequentemente se agravam, resultando em dores mais intensas, inchaços, deformidades articulares e, em casos mais severos, perda de mobilidade. Isso torna necessário não apenas tratar o avanço da doença, mas também lidar com comorbidades associadas e buscar minimizar as sequelas adquiridas (Brasil, 2020).

O desconhecimento dessas doenças, pela população e profissionais da saúde pela falta de divulgação e treinamentos/capacitações sobre elas também é um dos motivos pelos quais muitas pessoas convivem com os sintomas sem sequer suspeitar do que estão enfrentando, levando ao prolongamento da dor e do sofrimento (Melo; Silveira; Arruda, 2023). Mulher Preta, usuária de serviço público de saúde, expõe que esse desconhecimento gera uma jornada de incerteza e isolamento, agravando o impacto físico e emocional. Ao observar a situação da população em vulnerabilidade social, que, via de regra, busca tratamento nos serviços de saúde públicos em momentos de crise sintomática, percebemos o quanto

o despreparo das equipes de saúde influencia em diagnósticos superficiais e, dadas as condições do nosso sistema de saúde, na falta de possibilidades em buscar as causas dos sintomas apresentados. Mulher Branca, usuária de plano de saúde, refere que, embora tenha mais facilidade para realizar os exames solicitados, também enfrenta a escassez de reumatologistas que atendem pelo plano. Ambas reforçam que as consultas, muitas vezes, são marcadas com meses de antecedência, levando-as a recorrer à automedicação para aliviar os sintomas enquanto aguardam atendimento.

A partir de nossas vivências, compartilhadas com outras mulheres que convivem com essas condições, percebemos que as dores articulares e/ou musculares relatadas pelas pacientes são frequentemente atribuídas a condições mais comuns ou associadas a outros problemas, muitas vezes retardando o diagnóstico correto. Além disso, a intensidade dos sintomas é, em diversos momentos, desconsiderada para fins de uma investigação mais detalhada, pois o foco, tanto no serviço público quanto no privado, costuma estar em resolver o sintoma imediato do paciente, ou seja, apenas aliviar a dor momentaneamente.

A adesão ao tratamento é favorecida quando o paciente sente que seus relatos são validados e acolhidos pela equipe de saúde, principalmente pelo médico responsável. Outro aspecto que influencia no abandono do tratamento é a continuidade dos sintomas, especialmente os dolorosos, pois alguns medicamentos exigem um período prolongado de uso para surtirem efeito, além da necessidade de disciplina para seguir o tratamento pelo tempo necessário (Oliveira; Campos. 2019). A recorrência dos sintomas, a ausência

de um medicamento “ideal” que controle totalmente a condição, e o tipo de tratamento estimulam o paciente a recorrer à automedicação, em momentos de crise, e a buscar terapias complementares. Entre as alternativas procuradas estão o repouso, o uso de conhecimentos tradicionais, como chás, além de atividades físicas como caminhadas, pilates e dança (Melo; Silveira; Arruda, 2023).

O sofrimento intenso de indivíduos afetados com os sintomas e as dificuldades enfrentadas ao longo do processo diagnóstico não findam com a descoberta da síndrome ou da doença. O processo de entendimento da condição inicia uma nova fase de questionamentos, uma vez que a busca pelo tratamento contínuo, dados que ambas as condições são crônicas, efetivo e eficaz, é uma nova jornada repleta de desafios. Entre 2012 e 2022, a procura pela especialização em reumatologia no Brasil cresceu 92%, resultando em um total de 3.134 médicos especialistas na área (Scheffer, 2023).

No entanto, conforme já mencionado, a falta de profissionais especialistas na área de reumatologia torna a busca ainda mais difícil e, mesmo após iniciar o acompanhamento com o profissional adequado, há o processo de identificação do melhor tratamento medicamentoso, que varia individualmente e pode necessitar de diversas trocas e adequações (Kocyigit; Akyol, 2022). No caso das mulheres citadas, entre o diagnóstico da condição e adequação dos tratamentos medicamentosos passou-se mais de um ano e, ainda assim, é necessário acompanhar a evolução da condição e, quando/se necessário, realizar novas adequações no tratamento.

Entender o diagnóstico, buscar informações sobre a condição (uma vez que não é raro mulheres portadoras de fibromialgia e artrite

reumatoide), lidarem com comorbidades associadas, e manter os demais aspectos da vida diária em andamento é um desafio constante e que afeta, indubitavelmente, a saúde mental dessas mulheres. O luto é um processo psicológico normal que ocorre em resposta a perdas significativas e grandes mudanças em nossas vidas (Coelho, 2001).

Pacientes recém-diagnosticados com doenças crônicas frequentemente experienciam o enlutamento como uma forma de perda da saúde. Essa vivência exige que o indivíduo feche um capítulo angustiante, muitas vezes marcado por um longo percurso até o diagnóstico, e se adapte a uma nova realidade. O período logo após o diagnóstico pode ter um impacto profundo no estado emocional, levando a desânimo intenso, falta de vontade de interagir com outras pessoas e com o mundo. Se não for bem gerenciado, esse estado emocional pode comprometer de maneira significativa o tratamento, dado que o aspecto psicológico é crucial na abordagem dessas doenças (Coelho, 2001).

O enlutamento pela perda da saúde, ou luto não relacionado à morte física, segue um processo similar ao luto tradicional, com fases que refletem a adaptação emocional e psicológica à perda da funcionalidade ou da saúde em casos de doenças crônicas. Essas fases não são, obrigatoriamente, vividas de maneira linear; muitas emoções podem ser vividas e revividas tempos depois. Kübler-Ross (2008) foi pioneira na identificação, classificação e descrição dos estágios emocionais que o paciente em fase terminal enfrenta, os quais são: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Cada estágio representa uma tentativa de lidar com a perda da saúde, o futuro que imaginávamos ou, em alguns casos, a própria vida.

No caso de doenças crônicas, como fibromialgia e artrite reumatoide, essas fases também podem ser vividas intensamente, pois, embora o diagnóstico não seja de fim de vida, ele representa o fim de uma vida sem limitações e sem dor. A negação é uma defesa psicológica temporária, permitindo que o indivíduo tenha tempo para processar a situação de ser diagnosticado com uma doença crônica. Há esperança que as dores vão cessar e que o diagnóstico tenha sido incorreto. Quando essa negação se desfaz, inicia a fase da raiva, em que o paciente se sente injustiçado, procura culpados, sente grande frustração e não se conforma com a situação.

Na fase da barganha ocorrem as negociações, há tentativas de buscar uma realidade alternativa por meio de promessas e acordos consigo mesmo e com forças superiores. No estágio da depressão o paciente percebe a magnitude da mudança que o diagnóstico traz para sua vida. São comuns sentimentos de apatia, desânimo profundo e falta de vontade de fazer qualquer atividade. É, muitas vezes, uma fase prolongada, cuja duração pode variar de acordo com o apoio social disponível e as experiências de vida do paciente. Por fim, na fase da aceitação o paciente percebe a situação como real e definitiva e inicia o processo de adaptação, ressignificação e enfrentamento da nova condição (Kübler-Ross, 2008).

Alguns fatores podem influenciar positivamente a vivência do luto pela perda da saúde. O principal é o suporte social por meio de redes de apoio, familiares, amigos e profissionais de saúde que podem ajudar no enfrentamento das emoções para que a estabilização psicológica seja o mais breve possível. A forma como cada pessoa encara a vida e seus desafios, junto com sua história

de vida e superações anteriores, também desempenha um papel significativo. Além disso, o tipo de condição enfrentada, se é crônica, progressiva ou incurável, e como o indivíduo percebe a gravidade da situação influencia diretamente a intensidade do luto (Coelho, 2001).

HISTÓRIAS DE MULHERES INVISÍVEIS: O CORPO EM DOR E A(S) EXCLUSÃO(ÕES) SOCIAL(IS)

A reflexão sobre a exclusão social passou por uma ampliação significativa nas últimas décadas, expandindo sua conceituação para incluir uma dimensão social que antes era vista apenas como uma questão individual. Hoje, o termo “exclusão social” é bastante familiar, aparecendo com frequência na televisão, em políticas governamentais e campanhas políticas. É importante ressaltar que esse fenômeno não se limita apenas a países com mercado em desenvolvimento; na verdade, uma parte considerável da população mundial vive em condições excludentes, resultado tanto das estruturas econômicas quanto das mudanças e restrições que o mercado de trabalho tem enfrentado nas últimas décadas. Essas transformações têm gerado desigualdades profundas na qualidade de vida. Além disso, a exclusão vai além dos aspectos materiais, físicos ou geográficos; ela também abrange a desvalorização de riquezas e valores espirituais, mostrando que pode ser igualmente cultural. Dessa forma, a compreensão sobre exclusão continua a evoluir e se transformar (Wanderley, 2001).

A crença de que a dor só é válida quando há um sinal físico visível, se mostra bastante equivocada, apesar de ser comum. Esse conceito de dor desconsidera as dores experienciadas por pacientes que sofrem de condições que provocam dor crônica, como

fibromialgia e artrite reumatoide. Nesses casos, a dor é intensa e debilitante, mesmo na ausência de lesões visíveis. Essa perspectiva pode resultar em desvalorização e falta de compreensão em relação à dor crônica e invisível, alimentando o preconceito e estigma que muitos pacientes enfrentam em suas vidas diárias. A dor é uma experiência subjetiva, influenciada por fatores físicos, emocionais e psicológicos (Coelho, 2001).

No tratamento e acompanhamento da artrite reumatoide e fibromialgia, é fundamental considerar os fatores biopsicossociais para uma compreensão mais ampla. Entre os fatores biológicos está o próprio corpo, que requer cuidados constantes e muitas vezes apresenta limitações físicas. A dor e a incapacidade podem restringir a mobilidade e interferir nas atividades diárias, reforçando o sentimento de dependência e impotência. Manter os cuidados básicos torna-se essencial, mas as limitações da doença podem fazer com que o portador se sinta excluído das interações sociais e atividades que antes eram parte de sua rotina. Nos fatores psicológicos, encontram-se os pensamentos, emoções e traços de personalidade que moldam a forma como o paciente encara a doença.

Outros aspectos importantes são níveis de estresse, ansiedade e depressão. Essas condições psicológicas não apenas afetam a percepção da dor, amplificando-a, mas também diminuem a motivação para seguir o tratamento, dificultando o enfrentamento da doença. O estado emocional de fragilidade muitas vezes contribui para o isolamento, à medida que a pessoa evita interações sociais, sentindo-se incompreendida ou sem energia para manter laços afetivos (Mattos, 2011).

Sentimos que a carga mental carregada por mulheres com fibromialgia ou artrite reumatoide é imensa. Além de lidar com a dor física constante, enfrentamos a pressão social para manter um corpo sempre belo, enquanto equilibramos as demandas diárias da casa, os cuidados com familiares e a rotina de trabalho fora de casa. Essa sobrecarga faz com que nossas queixas sejam frequentes e, muitas vezes, ignoradas pelo entorno social, contribuindo para a intensificação das dores, aumentadas significativamente pelo estado emocional abalado. Compreender melhor os mecanismos dessas doenças é essencial para enfrentar essa realidade e buscar alívio, tanto físico quanto emocional (Freitas *et al.*, 2017).

No ambiente de trabalho, é comum que pessoas com fibromialgia e/ou artrite reumatoide tenham a sensação de não serem compreendidas, além de sentirem vergonha ao relatarem seus sintomas ou pedirem adaptações para continuar exercendo suas funções. O medo dos olhares de incompreensão leva muitas a adiarem essas conversas, o que só agrava a situação. O adiamento pode intensificar os sintomas, tornando ainda mais difícil o manejo da doença e a manutenção da qualidade de vida no trabalho.

Essa realidade frequentemente culmina em baixa produtividade, perda de emprego e instabilidade financeira, o que reforça ainda mais a vulnerabilidade e a possibilidade de marginalização dessas pessoas. A pressão econômica, somada ao estigma social, perpetua um ciclo que se torna cada vez mais difícil de romper (Helfenstein Junior *et al.*, 2012; Annemans *et al.*, 2009).

O descrédito e a exclusão também se refletem nas relações próximas, com familiares e amigos. Nossa ausência em eventos

sociais e familiares é muitas vezes mal interpretada, sendo vista como desinteresse ou falta de comprometimento. Essa falta de compreensão gera um afastamento emocional, já que aqueles ao redor raramente conseguem entender a profundidade da dor e do cansaço diários enfrentados por quem convive com essas condições.

Muitas de nós experienciamos que a ausência de apoio e empatia acaba por intensificar o sentimento de solidão, nos isolando dentro de nossos círculos sociais. Esse isolamento não apenas intensifica a ansiedade e a depressão, mas também agrava os sintomas físicos, tornando o enfrentamento da doença ainda mais desafiador. Para Freitas *et al.* (2017) com o tempo, essa combinação de fatores afeta profundamente a qualidade de vida, impactando tanto o bem-estar pessoal quanto às dinâmicas familiares e sociais.

Com o passar do tempo, a dor e as limitações começam a ditar a rotina diária, impactando não apenas as mulheres que convivem com fibromialgia e/ou artrite reumatoide, mas também a dinâmica de suas famílias. O corpo, antes veículo de satisfação, transforma-se em um meio de manifestar dor e sofrimento. Esse sofrimento, predominante no corpo, que se torna fonte de frustração e insatisfação. Dessa forma, o corpo ocupa um papel central no processo de manifestação do sofrimento físico e emocional (Fernandes, 2003).

SAÚDE MENTAL E O PESO INVISÍVEL DA DOR CRÔNICA

A definição de dor foi recentemente revisada, reconhecendo a dor como uma experiência multifacetada que envolve aspectos

sensoriais e emocionais. Essa nova perspectiva valoriza a vivência individual da dor, incluindo aqueles que não podem verbalizar seu sofrimento. A avaliação da dor deve ser realizada de forma holística, considerando fatores biopsicossociais e respeitando a singularidade de cada indivíduo (Miotto *et al.*, 2022).

Já a ansiedade e a depressão são transtornos complexos, resultantes de uma interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. A ansiedade se manifesta como um estado de alerta e apreensão excessivos, enquanto a depressão envolve uma ampla gama de sintomas, incluindo tristeza profunda, alterações no sono e apetite, e perda de interesse nas atividades. Ambas as condições podem ter um impacto significativo na qualidade de vida. A inter-relação entre dor crônica, ansiedade e depressão exige uma abordagem multidisciplinar e a implementação de estratégias de prevenção e promoção da saúde mental, com o objetivo de atender multidisciplinarmente essa demanda de cuidado (Miotto *et al.*, 2022).

A fibromialgia apresenta uma complexidade maior em seus sintomas quando comparada à artrite reumatoide, o que a torna mais difícil de controlar. O manejo eficaz requer abordagens que considerem a ampla gama de sintomas, promovendo o bem-estar físico e emocional dos pacientes integralmente. Há o entrelaçamento dos sintomas físicos com o aspecto emocional do paciente, criando um ciclo em que dor crônica e depressão se reforçam mutuamente (Besset *et al.*, 2010).

Conforme já mencionado, a multiplicidade dos sintomas vivenciados, a falta de compreensão por parte dos entes queridos e o isolamento social intensificam a presença de sintomas de ansiedade e depressão. Padecemos com momentos de angústia,

tristeza e sensação de impotência por conta de nossas limitações e, com o emocional abalado, a dor (física ou não) é ainda mais intensa.

A dor crônica da fibromialgia muitas vezes vem acompanhada de uma sombra mais silenciosa: a saúde mental. A depressão e a ansiedade entre as pessoas com fibromialgia podem afetar significativamente suas vidas. O isolamento social e a falta de compreensão de outras pessoas podem piorar ainda mais esses sintomas. O apoio social, ou seja, o sentimento de ser acolhido e apoiado por pessoas queridas, é um fator fundamental para a saúde mental. Estudos indicam que pessoas com fibromialgia que se sentem mais conectadas a seus amigos e familiares tendem a apresentar menos sintomas de depressão e ansiedade (Freitas *et al.*, 2017). O ambiente em que o paciente com fibromialgia vive – abrangendo familiares, amigos e colegas – é fundamental para sua funcionalidade e qualidade de vida. Esse contexto social é essencial para o enfrentamento da doença, uma vez que o apoio recebido pode amenizar os impactos físicos e emocionais da fibromialgia nas atividades diárias (Annemans *et al.*, 2009).

Pacientes com fibromialgia têm um risco maior de desenvolver comorbidades psicológicas, como depressão, síndrome do pânico e agorafobia, em comparação com aqueles que têm artrite reumatoide. Além disso, tendem a ter pior qualidade de vida, com dores mais intensas e sono menos reparador. A fadiga também é um fator significativo, fortemente influenciada pela intensidade da dor diária, mais do que pela qualidade do sono ou depressão, criando um ciclo entre dor e sono não restaurador, o que agrava ainda mais o quadro (Heymann *et al.*, 2017).

Pacientes com artrite reumatoide apresentam maior frequência de diversas condições associadas, como insuficiência cardíaca congestiva, diabetes mellitus tipo 2, osteoporose, distúrbios lipídicos, hipertensão arterial, aterosclerose, síndrome metabólica, além de um risco aumentado de trombose venosa e embolia pulmonar. Essas comorbidades contribuem para o agravamento do quadro clínico e exigem atenção especializada para um manejo adequado e integral da saúde desses pacientes (Netto *et al.*, 2021).

MULHERES, SUAS CONDIÇÕES E SEUS DIREITOS

Nesse contexto, enquanto procuram alívio para suas dores, essas mulheres também enfrentam uma batalha pela legitimação de seus direitos. Apesar de o artigo 6º da Constituição Federal de 1988 assegurar o direito à saúde (Brasil, 1988), a assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) às mulheres com fibromialgia e artrite reumatoide é frequentemente inacessível, sobretudo em áreas mais remotas ou marcadas por desigualdades. A dificuldade não se limita apenas à escassez de atendimento; o processo diagnóstico é outro obstáculo.

O diagnóstico da fibromialgia é complexo, ainda mais se houver associação com a artrite reumatoide, pois a condição pode ser confundida com diversas outras doenças que também apresentam quadros de dor difusa. Muitos profissionais de saúde ainda desconhecem a complexidade dessas condições e seus sintomas, o que frequentemente resulta em diagnósticos tardios

ou em avaliações que desconsideram a fibromialgia. Essa falta de compreensão pode dificultar o acesso ao tratamento adequado, levando os pacientes a enfrentarem um longo caminho até obterem um diagnóstico correto e efetivo (Helfenstein Junior *et al.*, 2012).

Atualmente, há dois projetos de lei importantes em discussão no Brasil que afetam pacientes com fibromialgia e/ou com artrite reumatoide. O primeiro é o Projeto de Lei 598/2023, que tem como objetivo a equiparação da fibromialgia a uma deficiência para todos os efeitos legais, especialmente para garantir mais direitos sociais e trabalhistas aos portadores. Também objetiva vincular o SUS à responsabilidade de fornecer gratuitamente o medicamento para o tratamento (Brasil, 2023). O segundo é o Projeto de Lei 5.330/2009, que discorre sobre a inclusão da artrite reumatoide como doença rara. Tal inclusão visa melhorar o acesso a tratamentos especializados e garantir maior cobertura do SUS (Brasil, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerar as vivências de mulheres, o contexto em que estamos inseridas e os fundamentos patriarcais que alicerçam a estrutura social brasileira é fundamental para pensar em políticas públicas voltadas à garantia de direitos. Em específico, no que se refere às políticas de saúde que busquem ampliar o acesso e fomentar a permanência das usuárias, estas precisam ser pensadas a partir de uma ótica multifacetada que considere os determinantes sociais em saúde em sua complexidade e perceba as mulheres enquanto protagonistas de suas vivências.

Enquanto usuárias dos serviços de saúde, públicos e privados, reforçamos que, em que pese a necessidade de regular o acesso e garantir o cumprimento da legislação, a existência de dispositivos regulatórios não é suficiente para garantir a integralidade do cuidado. Há de se fomentar, especialmente na Atenção Primária, uma visão ampliada de cuidado que considere a perspectiva interseccional, que ouça as mulheres, que considere suas vulnerabilidades financeiras e de outras naturezas, que perceba a diversidade racial das usuárias da rede de saúde pública, para que se possa efetivamente fornecer atendimento de qualidade, que siga os princípios do SUS, com uma prática universal, integral e equânime.

As vivências das mulheres com fibromialgia e artrite reumatoide aqui citadas revelam um padrão preocupante de exclusão e invisibilização que ultrapassa o individual. A dor dessas mulheres (também nossa), é um reflexo da sociedade atual, que não valoriza plenamente a saúde e o bem-estar das mulheres. É imprescindível romper com esse ciclo de silenciamento e estruturar um futuro em que a dor feminina seja ouvida, compreendida e tratada com a devida importância, em que as mulheres sejam protagonistas de si mesmas e a equidade seja um fato e não apenas um princípio filosófico.

REFERÊNCIAS

ANNEMANS, L.; LE LAY, K.; TAIEB, C. Societal and patient burden of fibromyalgia syndrome. **Pharmacoeconomics**, v. 27, p. 547-559, 2009. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Effect-of-Social-Support-and-Meaning-of-Life-on-Dobr%C3%ADkov%C3%A1-P%C4%8Dolkov%C3%A1/2f509a146f636555ba026edf81ce38a578bd5f74>. Acesso em: 26 out. 2024.

BESSET, V. L.; GASPARD, J.; DOUCET, C.; VERAS, M.; COHEN, R. H. P. Um nome para a dor: fibromialgia. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, v. 10, n. 4, p. 1245-1269,

2010. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v10n4/09.pdf>. Acesso em: 30 set. 2024.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 5.330, de 2009**. Visa incluir a artrite reumatoide no rol das doenças consideradas raras no Brasil. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=451276>. Acesso em: 14 out. 2024.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 598, de 2023**. Altera a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, para reconhecer a fibromialgia como deficiência e garantir os direitos trabalhistas e previdenciários aos portadores. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2349022>. Acesso em: 14 out. 2024.

BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). **Relatório de recomendação sobre artrite reumatoide**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2020/relatorio_artrite_reumatoide_cp_21_2020.pdf. Acesso em: 02 out. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 12 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>. Acesso em: 13 out. 2024.

DUARTE, C. L.; NUNES, I. R. (orgs.). **Escrevivência**: a escrita de nós: reflexões sobre a obra de Conceição Evaristo. 1. ed. Rio de Janeiro: Mina Comunicação e Arte, 2020. p. 27-45. Disponível em: <https://www.itausocial.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Escrevivencia-A-Escrita-de-Nos-Conceicao-Evaristo.pdf>. Acesso em: 03 out. 2024.

EVARISTO, C. A gente combinamos de não morrer. In: EVARISTO, C. **Olhos d'água**. Rio de Janeiro: Pallas / Fundação Biblioteca Nacional. 2014. p.99-109.

FERNANDES, M. H. **Corpo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 21.

FREITAS, R. P. de A. *et al.* Impacts of social support on symptoms in Brazilian women with fibromyalgia. **Revista Brasileira de Reumatologia** [online], v. 57, n. 3, p. 197-203, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0482500416300377>. Acesso em: 13 out. 2024.

HELFENSTEIN JÚNIOR, M.; ALARCÃO, A. C.; GONÇALVES, G. M.; ABREU, F. dos S.

Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 3, p. 358-365, 2012. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000300018>. Acesso em: 30 set. 2024.

HEYMANN, R. E. *et al.* Novas diretrizes para o diagnóstico da fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 57, supl. 2, p. 467-476, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jrbr.2017.05.006>. Acesso em: 02 out. 2024.

KOCYIGIT, B. F.; AKYOL, A. Fibromyalgia syndrome: epidemiology, diagnosis and treatment. **Reumatologia**, v. 60, n. 6, p. 413-421, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5114/reum.2022.123671>. Disponível em: https://re.termedia.pl/pdf-156523-85350?filename=Fibromyalgia%20syndrome_.pdf Acesso em: 03 out. 2024.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008. p. 15-117.

MATTOS, R. da S. **Fibromialgia e dor**: um estudo de caso sobre mal-estar no trabalho e adoecimento. 2011. Tese (Doutorado em Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://www.bdt.uerj.br:8443/handle/1/4551>. Acesso em: 03 out. 2024.

MELO, C. de F.; SILVEIRA, L. de S.; ARRUDA, G. H. B. de. Experiência da dor total do paciente com fibromialgia e sua família. **Revista da SPAGESP**, v. 24, n. 1, 2023. Disponível em: <https://nesme.emnuvens.com.br/SPAGESP/article/view/49>. Acesso em: 13 out. 2024.

NETTO, F. de F. *et al.* Artrite reumatoide: visão ampla de abordagens atualizadas / Rheumatoid arthritis: updated approaches. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 6, p. 60726-60738, jun. 2021. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n6-447> Acesso em: 02 out. 2024.

OLIVEIRA, J. O. de R.; CAMPOS, J. V. Adherence to fibromyalgia treatment: challenges and impact on the quality of life. **BrJP** [online]. 2019, v. 2, n. 1, pp. 81-87. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190015>. Acesso em: 12 out. 2024.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023. 344 p. Disponível em: https://amb.org.br/wp-content/uploads/2023/02/DemografiaMedica2023_8fev-1.pdf Acesso em: 02 out. 2024.

WANDERLEY, M. B. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: SAWAIA, Bruno (org.). **As Artimanhas da Exclusão**: Análise Psicossocial e Ética da Desigualdade Social. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 16-27.

WINSLOW, B. T.; VANDAL, C.; DANG, L. Fibromyalgia: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2023 Feb;107(2):137-144. PMID: 36791450. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2023/0200/fibromyalgia.html> Acesso em: 28 out. 2024.

REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO A PESSOAS COM SÍNDROME DE DOWN E OUTRAS CONDIÇÕES

Jessica da Silveira Saldanha
Melissa Lemes Maia
Anahí da Silva da Cunha Guimarães
Vilma Constancia Fioravante dos Santos
Adriana Roesse Ramos

INTRODUÇÃO

Durante a jornada acadêmica de fazer extensão e pesquisa envolvendo a síndrome de Down (SD) e outras condições, temos nos deparado com a realidade multifacetada que envolve o cuidado integral e a inclusão. Ao participar de eventos, como conferências e seminários, além de projetos acadêmicos, o grupo de autoras aqui envolvidas, foi se sensibilizando não apenas pelo conhecimento, mas também pelas histórias de vida que emergiram na abertura de espaços de fala sobre inclusão e luta contra o capacitismo.

Destas costuras, constituiu-se um grupo de pessoas que se identificam com um movimento que se faz urgente. Tal grupo, denominado Coletivo Cuidado Down, é, desde sua constituição, comprometido com a defesa e fomento do conhecimento acadêmico, social e político da síndrome de Down e outras condições, da luta anticapacitista e antirracista, da perspectiva interseccional e do

protagonismo feminino. Estruturalmente, o fenômeno de exclusão das pessoas em função de sua deficiência ou suas deficiências é denominado “capacitismo” (Gesser *et al.*, 2020). A postura capacitista impregnada, consciente ou nas expressões subjetivas da sociedade, constroem e impõem restrições ao acesso das pessoas com deficiência a espaços imprescindíveis para o alargamento do exercício político (Amorim *et al.*, 2024).

Em especial, o fio que tece a relação das autoras aqui implicadas se constitui na percepção de que as pessoas com deficiência são marginalizadas não somente das agendas políticas, mas também nos currículos que compõe a formação recebida pelos futuros profissionais que os atenderão na universidade, dando corpo à invisibilidade que experienciam no cotidiano. Tal marginalização se reflete na participação política por parte de pessoas com deficiência e na gestão de políticas públicas, o que acaba por enfraquecer a democratização da gestão das políticas de saúde (Amorim *et al.*, 2024).

Dito isso, este texto é uma escrevivência para refletir sobre as vivências em oferecer um curso de extensão intitulado “O cuidado a pessoas com Síndrome de Down” e para refletir sobre as construções provenientes dos debates trazidos neste espaço, tanto na pesquisa quanto na extensão e no ensino.

A EXPERIÊNCIA

Diante do cenário social atual, no qual persistem atitudes e falas capacitistas e preconceituosas contra a pessoa com deficiência,

o que se soma às lacunas na assistência prestada a esses indivíduos, depara-se com o déficit no suporte necessário e ausência de espaços de fala para as famílias e indivíduos com SD e outras condições. E, em meio a este cenário, surgiu o projeto de extensão “O Cuidado a Pessoas com Síndrome de Down” (Figura 1), com o intuito de ocupar-se dos cuidados de profissionais da saúde a esta população e seus familiares.

Figura 1. Abertura do curso no Moodle



Fonte: as autoras, 2024.

Conforme o amadurecimento ao longo do tempo, ao contemplar o contexto a que essa população está inserida, o grupo pôde se articular e construir parcerias no âmbito da Rede de Atenção em Saúde e Assistência Social nas edições subsequentes do curso. A constituição de um grupo de pessoas comprometidas, pertencentes à comunidade da universidade, sensibilizadas com o

tema e formação de parcerias externas oportunizou a oferta de três edições do curso até o ano de 2024, nesta última oferta agregando os profissionais da área da educação, pessoas com SD, familiares e pessoas que desenvolvem trabalho voluntário em algum dispositivo social com integração e inclusão do Down.

Elucidando o formato do curso, ele é redigido no modelo EaD (educação a distância) constituído de quatro módulos de conhecimento, que objetivam a qualificação e orientação dos profissionais da saúde e da educação, bem como o fortalecimento com construção crítica dos saberes no cuidado a pessoas com SD, resultando, também, na compreensão dos indivíduos quanto ao seu lugar de fala. Na primeira edição do curso, em 2021, houve uma ótima devolutiva por parte dos acadêmicos e profissionais da área da saúde, tendo em torno de 120 participantes concluintes, o que possibilitou a segunda edição em 2022, tendo uma devolutiva ainda mais exitosa, em torno de 200 participantes concluintes. A primeira edição foi desenhada para ser ofertada apenas ao público da enfermagem, mas o interesse pelo curso proveniente de profissionais de diferentes áreas da saúde já demonstrou a lacuna de conhecimento sobre a temática nas áreas.

Neste discorrer do desenvolvimento do curso, desde o preparatório do grupo para as próximas edições, assim como a participação dos acadêmicos de enfermagem inscritos no curso, no qual trouxeram pautas antes não tão abordadas por meio dos fóruns e avaliação do curso, foi possível apontar dificuldades na assistência social, educação e conhecimento em outros setores além da saúde. Portanto, tais apontamentos possibilitaram parcerias

institucionais, o que abriu caminho, para que, oficialmente, nas próximas edições do curso se estendesse não somente para acadêmicos de enfermagem, mas também para profissionais da saúde (2ª edição), educadores e familiares (3ª edição).

Além disso, essa ampliação do curso teve início em março de 2024, atingindo 1.023 inscritos em três dias, o que superou as expectativas do grupo, sendo de grande incentivo e encorajamento para continuação do projeto. Aponta-se que dentre os inscritos, percebe-se uma dimensão nacional, onde participantes de outros estados brasileiros puderam contribuir com experiências de assistência à saúde, inclusão social e acompanhamento nos serviços institucionais do Estado, para pessoas com deficiência. Esses debates, por meio dos fóruns e atividades, proporcionaram que o nosso grupo instigasse um olhar sensível para o cuidado integral por parte dos participantes quanto às pessoas com deficiência, proporcionando encaminhamentos adequados nos serviços sociais e de saúde.

Ressalta-se que em meio a essas discussões o grupo pôde observar a ênfase na necessidade de dar mais espaço à temática “maternidade atípica”, dado seu impacto social, abordando marcadores da diferença e desafios que perpassam o cotidiano dessas mulheres. Além disso, a chegada de uma criança neurodiversa traz a necessidade da reorganização de seus cuidadores, em geral, a mulher torna-se a cuidadora principal, exigindo, muitas vezes, abdicação da carreira, de projetos e de seu autocuidado; aliado a isso, observam-se diversos desafios como a inserção social, a adequação da família e comunidade a inclusão e a falta de rede de apoio (Viana *et al.*, 2023). Logo, diante deste cenário de dificuldades e obstáculos, faz-

se necessária a criação de redes de apoio, que atendam em especial às mulheres, podendo auxiliar no enfrentamento dos problemas cotidianos e com trocas de experiências (Pastorelli *et al.*, 2024). Portanto, considerando essa necessidade, foi organizada a ação de extensão “Maternidade atípica no contexto da Rede de Atenção à Saúde, anticapacitismo e inclusão na sociedade” (Figura 2), em formato de evento no dia 21 de março, em função da comemoração do mês da mulher e de ser na parentalidade atípica a figura feminina com maior sobrecarga no cuidado, mas sobretudo por ser comemorado o Dia Internacional da Síndrome de Down.

Figura 2. Equipe de Trabalho no evento – Maternidade atípica no contexto da Rede de Atenção à Saúde, anticapacitismo e inclusão na sociedade



Fonte: as autoras, 2024.

A ação foi aberta à comunidade acadêmica, interessados na temática e mulheres mães de crianças atípicas, a qual se constituiu como aula inaugural da disciplina acadêmica de Cuidado na Enfermagem em Saúde Coletiva I, abordando assim a temática com os calouros do curso e comunidade. O evento aconteceu em dois momentos. O primeiro momento se deu como roda de conversa com três palestrantes mães atípicas, tendo como intuito a abordagem da temática “maternidade atípica”, concentrando-se nas experiências das mulheres na utilização dos serviços de saúde, na inclusão social e no movimento anticapacitista, bem como suas vivências em espaços de debate sobre a questão. Estas mulheres, mães de crianças com SD, transtorno do espectro autista (TEA) e/ou doença rara. Assim, trazendo a maternidade atípica por diferentes olhares e buscando dar mais visibilidade a algumas datas alusivas: Dia Mundial das Doenças Raras (29/02), da Síndrome de Down (21/03) e de Conscientização do Autismo (02/04).

No segundo momento da ação de extensão, foram realizadas atividades alusivas ao Dia da Síndrome de Down (SD), incluindo o jogo “Mitos e Verdades” com o público e a abertura oficial da terceira edição do curso “O Cuidado a Pessoas com SD”. O evento contou também com a participação de membros da Associação de Familiares e Amigos do Down (AFAD), incluindo pessoas com SD. Essa atividade permitiu destacar a relevância do preparo dos profissionais para orientar e acolher as famílias no momento do diagnóstico, bem como a necessidade de incluir essas temáticas no ambiente acadêmico. Durante o evento, uma das palestrantes compartilhou sua experiência, relatando a falta de sensibilidade do

profissional de saúde que lhe comunicou o diagnóstico. Ela contou que, durante as consultas, seu filho deixou de ser visto como um bebê prestes a nascer e passou a ser tratado apenas por sua deficiência. Emocionada, a mãe ressaltou a importância de um gesto simples, mas significativo: após o nascimento, uma enfermeira pegou seu filho no colo, conversou com ele e o tratou como um bebê. Esse momento foi profundamente marcante para ela.

Ainda, durante a roda de conversa, as duas outras mães relataram a demora para o diagnóstico e referiram a perda da janela de neuroplasticidade dos indivíduos com TEA ou doença rara. A mãe da criança, com doença rara, relatou com tristeza que a demora do diagnóstico resultou no atraso para o uso da medicação, o que, infelizmente, por ser uma doença neurodegenerativa, conduziu a sequelas irreversíveis, em meio a isso se reforçou a abordagem adequada do profissional e o preparo da Rede de Atenção à Saúde para se prestar a devida assistência.

Outro apontamento reforçado durante a ação foi o papel atribuído pela sociedade à mulher como cuidadora principal e das diversas exigências e dificuldades impostas a essa mãe. Uma das mães presentes do público participante relatou sobre os obstáculos encontrados pelas famílias quanto à inclusão escolar e preparação dos profissionais para receber as crianças atípicas neste espaço, o que é um agravante principalmente em famílias mais vulneráveis. Podemos observar a importância do reconhecimento profissional quanto ao entroncamento social que produz desigualdades nas relações e experiências das mulheres mães, pois tem influência nos processos de cuidado.

No segundo momento, durante o jogo de mitos e verdades, ficou em evidência a falta de informação sobre SD e o quanto alguns termos e ações capacitistas se tornaram corriqueiros na sociedade. Um dos participantes com SD, relatou sobre a importância que sua família teve na sua formação profissional, e de como trabalharam no seu desenvolvimento e no reconhecimento dos seus potenciais e direitos sociais. Tal manifestação torna nítido o quanto a informação dos profissionais para as famílias e indivíduos com SD resulta em encaminhamentos adequados na Rede de Atenção à Saúde, assim como assistência social.

Outro relato que chamou atenção do grupo foi a participação dos calouros, os quais comentaram que após esse evento e jogo, de mitos e verdades, se sentiram mais confiantes para prestar a assistência a pessoas atípicas. Logo, enfatizaram que desejam dar continuidade na busca por conhecimento, sendo, também, multiplicadores em seus espaços de interação.

Portanto, ao final dessa ação, percebeu-se um despertar colaborativo entre setores da universidade e entre os servidores e os acadêmicos do curso que demonstraram uma interação importante com a temática e contato com a sociedade. Ainda, aponta-se a necessidade de mais propostas que abordem temas como o cruzamento dos marcadores sociais, além da importância da discussão e de trocas de experiências com enfoque nas neurodiversidades e deficiências, o que impactará na futura prática assistencial.

Nosso grupo, Coletivo Cuidado Down, teve a oportunidade de participar de mais eventos focados na divulgação de resultados do curso e das ações de extensão efetuadas pelo grupo. Desde o

início, ao sentir a energia e a diversidade de vozes presentes. Entre palestras e rodas de conversa, foi observado que cada história compartilhada carregava um peso de luta e resistência, assim como a necessidade da abordagem de determinadas temáticas, como o antipacitismo e a maternidade atípica.

No evento Portas Abertas UFRGS 2024 (Figura 3), destacou-se o protagonismo das bolsistas de extensão e pesquisa na condução das atividades, sob orientação docente. A temática do antipacitismo foi abordada, promovendo uma reflexão entre os presentes sobre palavras e expressões amplamente utilizadas no cotidiano que carregam discriminação e reforçam práticas capacitistas.

Figura 3. Equipe no UFRGS Portas Abertas, na Escola de Enfermagem e de Saúde Coletiva



Fonte: as autoras, 2024.

Aliado a isso, foi debatido sobre a falta de conhecimento sobre leis e direitos sociais da população com deficiência. Durante

o debate, uma mãe, emocionada, contou sobre as dificuldades enfrentadas ao buscar informações a respeito da saúde e da educação do seu filho, além dos desafios que enfrentava na sociedade, como o capacitismo e a discriminação assolavam uma pessoa com deficiência. Um professor de ensino médio, compartilhou conosco o desejo de conhecer mais a síndrome de Down, pois já havia tido alunos com essa síndrome e queria aprender mais sobre ela para acolher melhor essas pessoas no ambiente escolar. Este professor, ainda, referiu sobre a necessidade de monitores de inclusão para fornecer a devida atenção na sala de aula, pois como muitas vezes a turma era constituída por mais de 30 alunos, ele não conseguiria fornecer todo o acompanhamento, inclusão e orientação que uma pessoa com deficiência necessita e é garantido por lei.

Outro apontamento que chamou a atenção foi o sentimento de ser “a pessoa atípica” (neurotípica) em meio aos familiares que possuam alguma condição atípica (neurodiversa), o que traz a questão de inconformidade em relação às lacunas presentes na assistência social e saúde, combinado com o desejo de ingressar em cursos que possibilitem o acolhimento e auxílio para sua família, com um olhar mais sensível e com equidade. Esses relatos ressoam em nossos corações, desafiando-nos a repensar nosso papel enquanto futuros profissionais da saúde e incentivando-nos a disseminar ainda mais conhecimento sobre essa temática no curso e em eventos.

Após o evento, ao realizar uma roda de conversa entre os membros do grupo. O que ficou evidente para nós, como reflexão principal deste momento, foi a necessidade de trazer as vozes das pessoas com deficiência para o centro das discussões. Precisamos

promover espaços em que suas experiências sejam ouvidas e respeitadas. Nossos aprendizados nos levaram a repensar não apenas nossas pesquisas, mas também a maneira como nos relacionamos com as pessoas que atendemos.

Outros três eventos foram relevantes nessa trajetória do grupo. No 25º Salão de Extensão da UFRGS (Figura 4) e no 42º Seminário de Extensão da Região Sul (Figura 5) também se evidenciou o protagonismo discente. Nestes espaços foi possível trazer as experiências do grupo e promover importantes trocas com outros grupos de extensão que abordam temas correlatos.

Figura 4. Participação no 25º Salão de Extensão da UFRGS



Fonte: as autoras, 2024.

Figura 5. Participação no 42º Seminário de Extensão da Região Sul



Fonte: as autoras, 2024.

O trabalho intitulado “A experiência com a oferta de um curso voltado ao cuidado à pessoa com Síndrome de Down: ampliando fronteiras ou espaços” foi apresentado no 16º Congresso Internacional da Rede Unida pela servidora técnico-administrativa integrante do grupo. A apresentação rendeu o Prêmio Marielle Franco, compartilhado com outros dois estudos (Rede Unida, 2024). Essas experiências despertaram no grupo o desejo de ampliar a divulgação de informações e abrir espaços de compartilhamento de experiências dessas famílias. Criou-se então o Instagram “Cuidado Down”, no qual semanalmente são divulgadas informações no

âmbito da saúde, assim como assistência social, de educação, atividades e mitos e verdades, para famílias e profissionais que acompanham pessoas com SD. Neste momento, estamos organizadas em duas frentes principais, o Down na ciência e o dia a dia Down. O conteúdo é produzido a partir de bases fidedignas e trazidas com uma linguagem acessível à comunidade em geral.

Essas vivências possibilitaram muitos encontros e estes proporcionaram a construção de importantes agendas futuras, como a constituição de uma parceria entre professores de diferentes unidades da UFRGS para construção coletiva de projetos e a participação do grupo na Feira do Livro de Porto Alegre de 2024.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DO COLETIVO CUIDADO DOWN

A escrevivência nos permitiu conectar nossas experiências acadêmicas com as realidades enfrentadas por pessoas com síndrome de Down e outras condições. A partir dos eventos que participamos, fica claro que a mudança começa com a escuta atenta e o respeito pelas vivências alheias. Como futuros profissionais da saúde, temos a responsabilidade de lutar contra o capacitismo e promover uma verdadeira inclusão.

A experiência aqui relatada fala sobre a premente necessidade de promover espaços de discussão sobre as diversidades que atravessam a constituição das pessoas e de suas experiências no estar no mundo e, em especial, a necessária instituição de postura anticapacitista na universidade. Neste sentido, existem temas que se colocam para a vida em sociedade

de forma inter-relacionadas e que se moldam mutuamente, tendo o poder de influenciar as relações sociais e que precisam da devida atenção. Assim, acredita-se que, a composição de iniciativas como a que está se propondo tem a potência de sensibilizar os futuros profissionais da saúde e demais pessoas da comunidade acadêmica para a temática da maternidade atípica, esta que nos estimula a pensar sobre as diferentes formas de preconceito e, também, sobre as possibilidades de inclusão (ou, não inclusão) pelos dispositivos formais oferecidos pelo Estado, como as Redes de Atenção à Saúde.

REFERÊNCIAS

AMORIM, G. N. R.; CAMPOS, E. B.; CARDOSO, L. F. C. O controle social em disputa: a reiteração do lugar excluído? **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 105, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023**. Diário Oficial da União, 11 out. 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.526-de-11-de-outubro-de-2023-516446366?fbclid=IwAR18VZQX8D5AzQolomw19Sijjd932j-d3jNnbX3PgntL4kUe7JQuuGqGy-I>. Acesso em: 14 out. 2024.

GESSER, M.; BÖCK, G. L. K.; LOPES, P. H. (Orgs.). **Estudos da deficiência: antipacitismo e emancipação social**. Curitiba: CRV, 2020.

PASTORELLI, S. O. S.; VIANA, C. T. de S.; BENICASA, M. G. Maternidade atípica: caracterização do sofrimento e seus enfrentamentos. **Revista Acadêmica Online**, v. 10, n. 50, p. 1-21, abr. 2024. DOI: <https://doi.org/10.36238/2359-5787.2024.v10n50.6>. Acesso em: 27 set. 2024.

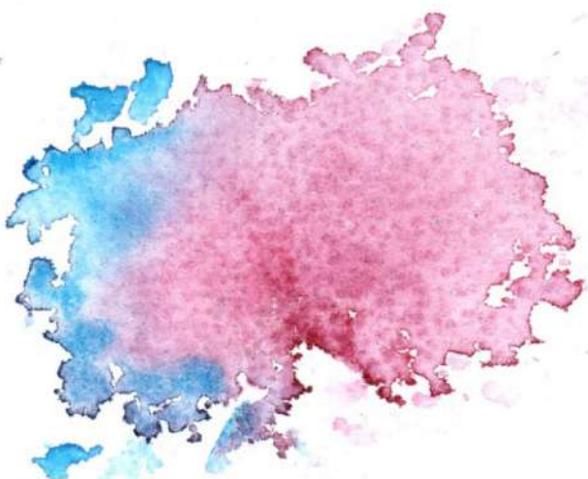
REDE UNIDA. **Prêmio Marielle Franco de Equidade em Políticas Públicas**. Disponível em: <https://doity.com.br/16-congresso-internacional-da-rede-unida/blog/premio-marielle-franco>. Acesso em: 14 out. 2024.

VIANA, C. T. de S.; BENICASA, M. Maternidade atípica: termo e conceito. **Revista Acadêmica Online**, v. IX, n. 46, 1 jan. 2023. DOI: <https://doi.org/10.36238/2359-5787.2023.035>. Acesso em: 27 set. 2024.



SEÇÃO 2

**EQUIDADE E O PROTAGONISMO
DA SAÚDE COLETIVA NA
BUSCA POR UMA CIÊNCIA
EMANCIPATÓRIA E
ANTICOLONIAL**





NA UNIVERSIDADE, O PRECONCEITO SE ATUALIZA COMO DESSUBJETIVAÇÃO AO LONGO DA FORMAÇÃO: UMA DISCUSSÃO ACERCA DO RACISMO E BRANQUITUDE NA SAÚDE

Rose Mari Ferreira
Alcindo Antônio Ferla

INTRODUÇÃO

Este ensaio apresenta uma reflexão a respeito do racismo na formação e nas práticas em saúde, tomando como base as experiências vividas durante o percurso na realização da pesquisa de dissertação e no percurso da pesquisa para a tese, ambas em programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, bem como seu reflexo no mercado de trabalho. Ao escolher esse caminho trilhado durante o período da pós-graduação, sinalizo que embora tenham relações temporais diferenciadas, as evidências apontam caminhos muito semelhantes. Somando a experiência pessoal, aqui registrada como uma cartografia das afecções, e ambas as pesquisas, identifica-se uma atualização das práticas racistas, sempre em uma dimensão renovada, na qual os mecanismos de violência e silenciamento desempenham a dupla função de invisibilizar existências e marcar

corpos. A escrita não pretende apenas a denúncia política, mas, principalmente, a resistência epistêmica.

No mestrado em Saúde Coletiva, em que foram entrevistadas gestantes em acompanhamento no pré-natal, evidenciamos déficit na formação dos profissionais, tanto na área da odontologia, quanto de outros profissionais que prestam serviços no acompanhamento do pré-natal. Na mesma pesquisa, gestantes negras (pretas e pardas) denunciaram racismo no atendimento durante o pré-natal (Ferreira; Ferla, 2021). A falha na formação foi identificada pelo contraste entre o reconhecimento em inúmeros estudos e formulações da interseccionalidade e do racismo como determinações da saúde de mulheres negras e periféricas e a reiteração de práticas rudimentares, com negação da integralidade do cuidado.

No doutorado em Saúde Coletiva, em que tivemos a colaboração de mulheres negras doutoras em Saúde Coletiva, o racismo estava presente em todas as narrativas, desde a formação na graduação, independentemente da área do conhecimento, continuando na pós-graduação e infelizmente acompanhando essas mulheres durante a trajetória de suas carreiras acadêmicas (Ferreira, 2024). Aqui a violência se expressava de forma talvez mais sutil, mas igualmente interdutora: o silenciamento da voz incluía minimizar a produção das mulheres negras e diminuir a relevância das temáticas, transformadas em “detalhes” com déficit de generalização.

Ora, a abstração universalizante que se projeta sobre as diversidades é, exatamente, parte do colonialismo que invisibiliza não apenas o corpo e a existência das mulheres negras, mas, diversamente, todas as singularidades do cotidiano. Não se trata – e não seria menor

o mérito se o fosse – de uma pauta identitária, mas de uma constatação da crise epistêmica e política que vivemos, onde a condição real da existência é sempre submetida ao olhar generalizante.

Dessa forma, esse ensaio tem por objetivo apresentar uma reflexão teórica acerca do preconceito, do racismo e da branquitude evidenciados nas práticas em saúde e nas relações acadêmicas, da graduação até a pós-graduação, especialmente da área da saúde. Como parte da crise contemporânea, onde a vida como uma coisa em si é submetida a múltiplas simplificações – branqueamentos? – que a tornam um fenômeno seriado, esvaziado de subjetividade.

Ora, essa operação não é metodológica apenas, é política: ao dessingularizar todas as vidas, a vida em si se pasteuriza e se reforça a ideia da pujança da vida como fenômeno biológico. O naturalismo, como se sabe, é artefato da conexão da ciência moderna com o pensamento cotidiano, e está na origem da crise civilizatória contemporânea. Portanto, os pontos de conexão entre as dimensões empíricas do texto se entrelaçam também com conceitos e teorias que vêm emergindo da produção antirracista, anticolonialista e anti-imperialista, como etapas da crise epistêmica e civilizatória que vivemos.

Como parte do percurso de reflexão, primeiramente abordaremos alguns dos resultados da pesquisa que foi realizada para o mestrado em Saúde Coletiva. Em seguida, apresentaremos alguns dos resultados encontrados na pesquisa do doutorado. E, por fim, faremos uma breve discussão a respeito das deficiências na formação dos profissionais, da universidade como espaço em que práticas racistas são recorrentes, oprimindo e violentando pessoas negras, sobretudo, mulheres negras, desde a formação acadêmica até a pós-graduação.

FORMAÇÃO E PRÁTICAS EM SAÚDE EM FLASHES: SOBRE A FORMAÇÃO PARA O CUIDADO, O CUIDADO E A PÓS-GRADUAÇÃO

Trataremos aqui da importância dos cuidados com a saúde bucal durante o período gestacional. Mas não falaremos apenas disso. Apresentaremos as questões relativas à formação dos profissionais responsáveis pelos cuidados que devem ser realizados, pela oferta de práticas de saúde, em todos os ciclos de vida, e em especial, durante o pré-natal. Há evidências em pesquisas realizadas que gestantes relataram ter medo de serem submetidas a tratamento odontológico com uso de anestesia local (Lampert; Bavaresco, 2017). Deparamo-nos com um problema de saúde que pode ter duas vertentes: o direito negado com uma explicação falha ou – sem excluir essa hipótese – uma falha na educação à saúde, quando os profissionais poderiam ter identificado esse medo e explicado à gestante sobre o procedimento e, quiçá, outros que precisam compor o componente de Educação em Saúde de todo encontro entre usuários e profissionais de saúde.

E é sobre essa falha na educação dos profissionais de saúde que discutiremos, tomando como base as pesquisas que a autora tem realizado, que tiveram início com a especialização, depois no mestrado e, por fim, o doutorado, todos em Saúde Coletiva. Durante o curso de especialização, a autora e colaboradoras apontaram nos resultados que mais da metade das gestantes que participaram da pesquisa relataram ter medo de submeter-se à anestesia odontológica para tratamento dentário durante a gestação (Ferreira; Esteves; Esteves, 2020).

Já na pesquisa realizada para o Mestrado em Saúde Coletiva, além do medo de realizar tratamento odontológico por conta do uso de anestesia dentária, foi possível identificar o racismo praticado contra gestantes negras (pretas ou pardas) durante o atendimento no pré-natal (Ferreira; Ferla, 2021). Os dados das pesquisas demonstram que o retrocesso no desenvolvimento do cuidado odontológico no sistema público de saúde não está apenas relacionado à capacidade instalada de serviços, mas têm redes explicativas na ordem da interseccionalidade e da complexidade da produção de saúde nos territórios (Ferla, 2021).

De acordo com Almeida (2019), o racismo configura-se como uma forma sistemática que discrimina pessoas apropriando-se da raça como fundamento. E, também, de acordo com o autor, o racismo institucional apresenta-se nas atuações dos serviços prestados por instituições, que utilizam a raça para praticar tratamentos diferenciados que vão privilegiar algumas pessoas e conferir vantagens a outras (Almeida, 2019). O racismo institucional, nos serviços de saúde, tem o duplo efeito de contribuir para danos à saúde e para naturalizar a violência racial.

A pesquisa realizada no mestrado contou com a colaboração de gestantes que estavam em acompanhamento no pré-natal, em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), na cidade de Alvorada (RS). Participaram dessa pesquisa seis mulheres que estavam gestando e uma mulher que havia parido dias antes da realização da entrevista. Essas sete mulheres relataram que tinham medo de não ter acompanhante durante o parto e de ficarem sozinhas durante o pré-parto.

O medo é constitutivo da condição de mulheres gestantes nas periferias urbanas, como verbalizaram as mulheres sujeitas à pesquisa. O contexto específico de enfrentamento à Pandemia de covid-19, nas condições em que se dá a resposta brasileira (Ferla *et al.*, 2020), tornou especialmente visível o medo de não ter acesso a um direito assegurado às gestantes: o acompanhante.

O medo se manifestou de diversas formas: desde a impossibilidade de ter um acompanhante durante as consultas de acompanhamento pré-natal na unidade de saúde ou na instituição de saúde privada, até o receio de não poder contar com um acompanhante durante a realização de exames de ultrassonografia ou de registrar as imagens desses exames.

Algumas dessas mulheres relataram o medo de ter que estar em um hospital, mesmo sem ser ainda a hora do parto. E com alto grau de preocupação, em todas as falas, apareceu o medo de não ter acompanhante na hora do parto por conta da Pandemia da covid-19. O direito ao acompanhante deriva da tentativa de equalizar uma condição reconhecida nas práticas obstétricas, de fragilidade das mulheres e da qualidade do acolhimento e do vínculo praticada nos serviços especializados. No caso do contexto da pandemia, a crise civilizatória explicitada nas relações pessoais e institucionais se soma às diferentes expressões de violência e preconceito já analisadas aqui.

E dentre essas mulheres que colaboraram, duas mulheres negras relataram racismo durante os atendimentos de pré-natal. A integralidade do cuidado em relação à saúde bucal foi considerada deficiente. Somente uma gestante foi encaminhada para consulta odontológica durante o pré-natal. E essa única

gestante não teve seu tratamento realizado porque o profissional (cirurgião-dentista) justificou que não poderia realizar tratamento odontológico em função da gestação (Ferreira; Ferla, 2021). Podemos evidenciar aqui que os dados das pesquisas demonstram que o retrocesso no desenvolvimento do cuidado odontológico no sistema público de saúde não está apenas relacionado à capacidade instalada de serviços, mas têm redes explicativas na ordem da interseccionalidade e da complexidade da produção de saúde nos territórios (Ferla, 2021).

Interseccionalidade, como nos apresenta Kimberlé Williams Crenshaw (2002, p. 7), “é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação”. As mulheres negras que relataram ter sido vítimas de práticas racistas estão posicionadas nesse entrecruzamento que Crenshaw nos apresenta. E os profissionais responsáveis pelo acompanhamento do pré-natal, que deveriam ofertar práticas de cuidado com essas mulheres, atuam com violência racista.

A intelectual negra Zélia Amador de Deus nos dirá que racismo “é um fenômeno que tem como um de seus suportes a crença na naturalização da superioridade de certos grupos e em consequência a naturalização da existência de grupos naturalmente hierarquizados” (Deus, 2020, p. 34). As práticas racistas perpetradas contra pessoas negras em geral, e contra mulheres negras em específico, resultantes do racismo que estrutura as relações sociais nesse país (Almeida, 2019), coloca as gestantes negras em situação de maior vulnerabilidade.

Na pesquisa de doutorado, analisei as trajetórias de mulheres negras doutoras, considerando suas posições no espaço acadêmico e científico, no campo da Saúde Coletiva. Foram realizadas entrevistas com três mulheres negras doutoras em Saúde Coletiva e as narrativas apontaram para o racismo na trajetória de todas elas. As colaboradoras, independentemente da área do conhecimento que escolheram cursar na graduação, apontaram para o racismo que sofreram. Na pós-graduação, desde o mestrado, seguindo para o doutorado e até chegar ao pós-doutorado, práticas racistas acompanharam a trajetória dessas mulheres (Ferreira, 2024).

As doutoras negras na Saúde Coletiva narraram a ausência, na maioria das vezes, ou a pouca presença de mulheres negras durante o percurso de formação, tanto mulheres negras nos cargos de docência, quanto mulheres negras como estudantes. É possível evidenciar um dos tentáculos do racismo, que impossibilita o acesso de pessoas negras à educação superior, cenário que passa a sofrer sutis mudanças a partir de 2012, quando implementada a Lei 12.711/2012 (Brasil, 2012), também conhecida como lei das cotas. Entretanto, é importante ressaltar que a citada lei se refere ao ingresso nos cursos de graduação, porém, não prevê política de manutenção para estudantes cotistas.

Em relação ao acesso à pós-graduação, a Portaria Normativa n.º 13, de 11 de maio de 2016 (Brasil, 2016) apresentará a disposição sobre a indução de Ações Afirmativas na Pós-Graduação. Observa-se um intervalo de quatro anos em relação às ações afirmativas na graduação até a chegada na pós-graduação e mais uma vez, sem políticas públicas de permanência para estudantes cotistas.

Em 2020, o ex-ministro da Educação Abraham Weintraub, em seu último ato, publica a Portaria n.º 545/2020 (Brasil, 2020a), revogando a Portaria Normativa n.º13/2016. Embora tenha havido publicações pela imprensa de que o ministro teria acabado com as ações afirmativas nos programas de pós-graduação, e, portanto, findando o com o incentivo às cotas para pessoas negras, indígenas e pessoas com deficiência em cursos de pós-graduação, o Ministério da Educação lança a Portaria n.º 559/2020 (Brasil, 2020b) tornando sem efeito a Portaria n.º 545/2020. Entre retrocessos e avanços, no ano de 2023, o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva sanciona a Lei n.º 14.723/2023 (Brasil, 2023), cujo texto apresenta no Art. 7º-B

As instituições federais de ensino superior, no âmbito de sua autonomia e observada a importância da diversidade para o desenvolvimento científico, tecnológico e de inovação, promoverão políticas de ações afirmativas para inclusão de pretos, pardos, indígenas e quilombolas e de pessoas com deficiência em seus programas de pós-graduação stricto sensu.

É possível observar que a Lei n.º14.723/2023, atualizando a Lei n.º 12.711/2012 (Brasil, 2012) e promovendo políticas de ações afirmativas nos programas de pós-graduação (mestrado e doutorado), lança luz no horizonte de estudantes negras e negros que, ao finalizar a graduação, contemplados pelas ações afirmativas, podem esperar alcançar o mestrado e doutorado. Entretanto, é importante manter a vigilância constante, pois em momentos de crises políticas, os direitos conquistados pelas populações negras são, via de regra, os primeiros a serem questionados.

Em relação à formação acadêmica dessas mulheres, que foi realizada tanto em instituições públicas de ensino superior quanto em instituições privadas, os resultados da pesquisa apontaram para ausência ou deficiência de discussão das relações étnico raciais. Inclusive, uma das colaboradoras relatou que, por não ter docente orientador que trabalhasse com o tema de sua pesquisa, teve que realizar uma pesquisa diferente daquela idealizada (Ferreira, 2024).

A realidade que foi narrada pela colaboradora da pesquisa não é única e não é exclusividade brasileira. A escritora e intelectual bell hooks, em seu livro *Ensinando a transgredir: educação como prática de liberdade* (2017), relata que em seu percurso acadêmico, que aconteceu em quatro universidades nos Estados Unidos, não teve como docente uma mulher negra ministrando a disciplina de língua inglesa. Podemos perceber que no Brasil, e aqui realizando um recorte para o Rio Grande do Sul, mulheres negras exercendo a docência no ensino superior se constitui como uma exceção, quase uma raridade.

E a pergunta que poderíamos fazer nesse momento seria “onde estão os professores negros e negras nas instituições de ensino? O professor dr. Wagner Machado da Silva (Silva, 2023) responde a esse questionamento ao realizar informalmente um senso ético na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O autor apresentou que, dos 2.852 professores efetivos, apenas 53 se consideram negros, representando um percentual de 1,85%. Como resultado da pesquisa, o autor ainda apresenta que na Faculdade de Odontologia (curso de formação da autora desse texto), na época do levantamento de dados, dos 104 docentes do curso, um docente declarava-se negro (Silva, 2023).

A Coordenadoria de Acompanhamento do Programa de Ações Afirmativas (CAF) é um órgão de gestão que, desde 2012, apoia as atividades e demandas do que diz respeito à temática de Ações Afirmativas na UFRGS. Em 2019, por meio de provocação do conselho consultivo da CAF, a Coordenadoria realizou um levantamento sobre o quadro de diversidade de docentes, junto às unidades departamentais, via SEI/UFRGS. Nesse levantamento, denominado Diversidade na UFRGS: mapeamento sobre os docentes na Universidade, dos 108 docentes que compõem o número de docentes totais do quadro administrativo de sua unidade, na Faculdade de Odontologia, 57 eram mulheres e 51 eram homens. É zero o número de docentes negros e negras. É cinco o total de mulheres negras docentes que o estudo revela, distribuídas nas Faculdades de Psicologia que conta com duas mulheres; a Faculdade de Educação, o IFCH e a FABICO, cada uma das unidades, com uma mulher negra docente (Universidade Federal do Rio Grande do Sul [UFRGS], 2019). Resguardadas as diferenças temporais em relação ao estudo produzido por Wagner Machado da Silva (2023) a discussão que se faz com esses resultados é de evidenciar a ínfima participação de docentes negros nas instituições de ensino superior no geral, e das mulheres negras docentes, em particular.

A autora desse texto exerce atualmente a docência em uma instituição pública de ensino básico, técnico e tecnológico e no quadro de docentes da instituição, duas mulheres negras compõem o quadro de servidoras docentes efetivas e a autora como docente substituta. Os demais docentes, cerca de 40 servidores, são homens e mulheres, brancos e brancas.

Ana Lucia Nunes de Souza e colaboradoras (Souza *et al.*, 2021), apontaram como resultados da pesquisa que realizaram em duas instituições de ensino superior, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Universidade Federal Fluminense (UFF), a quase inexistência de professoras/pesquisadoras negras como docentes nos programas de pós-graduação. Na UFRJ, as mulheres negras que ocupam vagas de docência nos programas correspondem a 3,58% e 9,3% na UFF. É possível perceber que raça está sobreposta ao gênero no preenchimento das vagas para docentes dos programas de pós-graduação.

E na formação em Saúde Coletiva, qual a situação da formação dos profissionais? Como estão sendo abordadas as questões relativas à educação para as relações étnico raciais nos cursos de Saúde Coletiva e nas interfaces da Saúde Coletiva com a formação das profissões da saúde? Não temos resposta para esses atuais questionamentos. O que foi evidenciado nesse recontar sobre as pesquisas realizadas no mestrado e doutorado é que também a Saúde Coletiva, desde a formação até os programas de pós-graduação, precisa repensar suas práticas, analisar como estão se fazendo formações e pós-formações nas instituições de ensino.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ensaio teórico que foi realizado aqui, respondendo à convocatória do PPGCol, associou a dissertação e a tese (Ferreira, 2021, 2024) de uma sanitarista que busca dar visibilidade às questões do racismo institucional na atenção à saúde e na formação profissional. O ensaio surgiu da conexão de pensamento com outro

militante de mundos mais justos, generosos e sem preconceitos raciais, de gênero e religiosos.

Assim, a reflexão pretendeu colocar em questão a naturalização do preconceito, seja pelas barreiras à inclusão na saúde, seja na formação profissional, ambas incidindo sobre imaginários e cultura nos sistemas de saúde e educacional. Colocar a diáde preconceito racial e vigência de privilégios às pessoas brancas foi a evidência verificada como continuidade nos dois estudos, assim como em dezenas de outros que partem do lugar de fala de pessoas negras, de mulheres negras, de pessoas com identidade de gênero diversa daquela considerada normal pela moral vigente. Não se trata aqui de construir um lugar identitário de fala, que reivindicaria outra construção argumentativa, mas de tornar visível que percursos profissionais e produção de cultura andam juntos e ainda prevalece a naturalização do preconceito e, portanto, a produção da exclusão. O processo de subjetivação que conecta as duas dimensões é racista, toma a branquitude como padrão desejável e superior e asfixia as diferenças, sobretudo em relação à raça e suas interseccionalidades.

No momento da revisão final deste ensaio (primeiros dias de novembro de 2024), noticiou-se medida judicial de duas entidades médicas nacionais contrárias ao ingresso de cotas nos programas de residência e uma medida judicial das mesmas que visa coibir a reserva de cotas. O argumento seria que cotas criam privilégios (o frágil argumento do preconceito reverso, muito utilizado para manter privilégios de classe, gênero, etnia e de natureza de saberes) e que o Conselho Federal de Medicina somente reconheceria o “mérito acadêmico” para os registros profissionais, numa clara (desculpem-

nos a ironia) posição racista e preconceituosa. Esse episódio demonstra a necessidade de um debate mais amplo no espaço acadêmico sobre a função civilizatória da educação e a relevância social do trabalho em saúde que, portanto, precisam assumir o enfrentamento das práticas e do colonialismo ainda vigente.

A eliminação de práticas racistas em geral e no atendimento às mulheres negras gestantes, em especial, se constitui como política de urgência. A pesquisa de mestrado evidenciou a relevância da formação em Saúde Coletiva, onde o tema foi tratado de forma substantiva pela primeira vez e seguiu mobilizando pensamentos e a produção de pesquisas, tanto no curso de doutorado quanto na vida profissional. O compromisso social da formação acadêmica, que tomou o investimento ético naquela ocasião, segue produzindo sensibilidade e precisão epistêmica nas produções. O “caso” das mulheres negras gestantes é representativo de uma condição racial, de gênero e de classe social e pode ser transposto quase que linearmente.

A pesquisa do doutorado, que tomou outro foco e chegou em um contexto muito próximo, colocou em evidência o racismo na Saúde Coletiva, a necessidade de representatividade de pessoas negras, sobretudo mulheres negras ocupando espaços de docência nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde. Evidenciou também a trajetória de mulheres negras que sobrevivendo às violências racistas perpetradas ao longo dos percursos traçados, produziram conhecimento e continuam atuando na produção de mais conhecimento nas instituições em que atuam.

Com racismo não há saúde! Com racismo não há educação!
Com racismo não há superação da crise civilizatória que vivemos

e esse precisa ser um compromisso explícito da formação e das práticas em saúde e educação.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. L. de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro: Pólen, 2019.

BRASIL. **Lei n. 12.711, de 29 de agosto de 2012**. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, 29 ago. 2012. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12711.htm. Acesso em: 28 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria Normativa n. 13, de 11 de maio de 2016**. Dispõe sobre a indução de ações afirmativas na pós-graduação, e dá outras providências, Brasília, DF, 2016. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21520493/do1-2016-05-12-portaria-normativa-n-13-de-11-de-maio-de-2016-21520473. Acesso em: 28 abr. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 545, de 16 de junho de 2020**. Revoga a Portaria Normativa MEC nº 13, de 11 de maio de 2016. 2020a. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Portaria-mec-545-2020-06-18.pdf>. Acesso em: 30 out. 2024

BRASIL. **Portaria nº 559, de 22 de junho de 2020**. Torna sem efeito a Portaria nº 545, de 16 de junho de 2020. 2020b. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Portaria-mec-559-2020-06-22.pdf>. Acesso em: 30 out. 2024.

BRASIL. **Lei n. 14.723, de 13 de Novembro de 2023**. Altera a Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012, para dispor sobre o programa especial para o acesso às instituições federais de educação superior e de ensino técnico de nível médio de estudantes pretos, pardos, indígenas e quilombolas e de pessoas com deficiência, bem como daqueles que tenham cursado integralmente o ensino médio ou fundamental em escola pública. Diário Oficial [da] União. Brasília, DF: Presidência da República, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14723.htm. Acesso em: 30 out. 2024.

CRENSHAW, W. K. Documento para o encontro de especialistas. **Revista Estudos Feministas**, p. 171-188, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mBTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 abr. 2024.

DEUS, Z. A. de. **Caminhos trilhados na luta antirracista**. Belo Horizonte:

Autêntica, 2020.

FERLA, A. A. Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes Plurais Educação na Saúde**, [S. l.], v. 5, n. 2, p. 81-94, 2021. DOI: 10.54909/sp.v5i2.119022. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/119022>. Acesso em: 13 out. 2024.

FERLA, A. A. *et al.* Um paradoxo civilizatório: a pandemia como desafio ao ensino e trabalho na saúde e como afirmação das vidas. **Saúde em Redes**, v. 6, Supl. 2, p. 1-6. 2020. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-48132020v6n2.3215g478>. Acesso em: 02 ago. 2023.

FERREIRA, R. M. Narrativas biográficas de mulheres negras doutoras: analisando o racismo cotidiano na saúde coletiva. In: LÓPEZ, L. C.; TERTULIANO, G. C.; RODRIGUES, C. (orgs.). **Equidade de gênero e raça em perspectiva interseccional**: dialogando sobre políticas, cuidados e saúde coletiva [recurso eletrônico]. São Leopoldo: Casa Leiria, 2024. p. 287-311.

FERREIRA, R. M.; ESTEVES, C. S.; ESTEVES, P. S. Saúde bucal na gestação: o conhecimento das gestantes em atendimento no pré-natal em uma unidade básica de saúde. In: PIRES, C. de C.; ESTEVES, C. S. (org.). **Repensando a saúde sob olhares interdisciplinares**. Salto: Schoba, 2020. p. 23 - 38.

FERREIRA, R. M.; FERLA, A. A. **Gestação e saúde bucal como encontro para a integralidade**: o que nos dizem as gestantes de um município gaúcho. 2021. Dissertação (Mestrado Acadêmico). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2021. Porto Alegre/RS. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/275797/001205635.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 01 ago. 2023.

hooks, b. **Ensinando a transgredir**: a educação como prática de liberdade. 2 ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2017.

LAMPERT, L.; BAVARESCO, C. S. Atendimento odontológico à gestante na atenção primária. **RSC online**, v. 6, n. 1, p. 81-95, 2017. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/169/165>. Acesso em 08/01/2018. Acesso em: 01 set.2024.

SILVA, W. M. da. Onde estão os professores negros da UFRGS? Porto Alegre, **Jornal da Universidade**, 16 nov. 2023. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/jornal/onde-estao-os-professores-negros-da-ufrgs/>. Acesso em: 15 ago. 2024.

SOUSA, A. L. N. de *et al.* Professoras negras na pós-graduação em saúde: entre o racismo estrutural e a feminização do cuidado. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. especial 1, p. 13-26, out. 2021. Disponível em: <https://www.SCIELO.br/j/>

sdeb/a/YzMSHRsH6Np93NV4DF7mzgF/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 abr. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Ações afirmativas UFRGS**. Diversidade na UFRGS: mapeamento sobre os docentes na Universidade (inicial). 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/acoesafirmativas/2020/12/23/diversidade-na-ufrgs-mapeamento-sobre-os-docentes-na-universidade-inicial/>. Acesso em: 31 out. 2024.

RACISMO E A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

José Gabriel Ferroni Leão
Cláudia Rodrigues de Oliveira
Maria Luíza Lucas dos Santos
Fernanda Carlise Mattioni
Deise Lisboa Riquinho
Cristianne Maria Famer Rocha

INTRODUÇÃO

O Brasil é constituído por uma população autodeclarada preta e parda, correspondendo, aproximadamente, a 55,5% dos brasileiros, conforme demonstra o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), reflexo do processo escravista que durou mais de 350 anos no país. Todo esse sistema de trabalho forçado era sustentado por uma ideologia que, com base na cor e no tom da pele, propagava a ideia de inferioridade racial, submetendo pessoas à escravidão, tortura e morte.

Na contemporaneidade, destaca-se a hierarquização do racismo por meio do colorismo, que, ao alocar pessoas de tom de pele mais claro em determinadas posições, faz com que, em algumas situações, elas vivenciem menos discriminação em comparação às pessoas do mesmo grupo populacional com tom de pele mais escuro (Devulsky, 2021). Após a abolição da escravidão, os grupos

populacionais que foram submetidos ao processo escravista foram marginalizados da sociedade e nenhuma política pública de reparação histórica foi desenvolvida na época. Como resultado, atualmente, grande parte dessa população vive às margens da sociedade, com piores condições de acesso à saúde, o que contribuiu para evolução e diagnóstico tardio das condições prevalentes neste grupo populacional (Borret, 2022).

Um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) é a equidade, que consiste em promover o respeito à diversidade e garantir o atendimento integral às populações, visando a redução das disparidades e vulnerabilidades em saúde. Complementando esse princípio, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) busca combater as desigualdades no SUS. Contudo, essas estratégias ainda se mostram insuficientes para superar as barreiras de acesso à saúde (Werneck, 2016).

A PNSIPN (Brasil, 2017) traz em destaque o racismo que, atrelado aos demais determinantes sociais da população negra (PN), contribui para a precariedade do cuidado em saúde para esse grupo, sendo incorporado como mais uma das barreiras vigentes enfrentadas pela população negra (Barbosa; Silva; Sousa, 2021). A partir da PNSIPN, temos a inserção das especificidades da população negra na saúde, evidenciando o racismo como parte do processo de saúde e doença desta população. Apesar desta política ter sido inserida para reparar as iniquidades, pesquisas demonstram que sua efetividade está longe de ser atingida, pois os profissionais da saúde desconhecem a política e não compreendem a dimensão que o impacto do racismo causa na saúde dos negros e negras brasileiros (Anunciação *et al.*, 2022).

No Brasil, a sociedade é estruturada de forma racista, na qual pretos e pardos estão em desvantagem constante em relação à branquitude (Bento, 2022). Na saúde, o reflexo desta assimetria produz o surgimento de maiores índices de doenças nesse grupo populacional, tais como a anemia falciforme, a diabetes mellitus (tipo II), a hipertensão arterial sistêmica e a deficiência de Glicose-6-Fosfato Desidrogenase (G6PD) (Brasil, 2022).

Silvio Almeida (2019) define o racismo em três dimensões: a individual, a institucional e a estrutural. O racismo individual se dá com a situação direta a um indivíduo ocasionada por sua raça/cor; o institucional é quando uma empresa ou instituição, com base na raça/cor, favorece alguns e/ou “sabota” outros, transpassando os limites individuais; e, por fim, o racismo estrutural está relacionado com a área política, econômica, jurídica e familiar. Desta forma, a sociedade estabelece a hierarquia racial, onde temos pessoas brancas com melhores condições de vida e acesso a serviços (dentre eles, os de saúde), quando comparadas com a população negra.

Neste contexto define-se o racismo institucional como a fragilidade para oferecer serviços a determinados grupos populacionais, que se diferenciam por sua cultura, cor ou origem étnica. Essa modalidade de racismo pode ser evidenciada em situações muitas vezes involuntárias e naturalizadas que prejudicam pessoas que integram grupos minoritários (Sampaio, 2003).

Todas as questões e reflexões mencionadas estão intrinsecamente relacionadas à saúde, seja no que diz respeito ao acesso a serviços, à pesquisa sobre doenças que afetam mais intensamente determinados grupos populacionais, ou à medição

de indicadores de qualidade de vida e aos possíveis tratamentos. Embora os determinantes sociais da saúde tenham sido definidos, no início dos anos 2000, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como as circunstâncias em que as populações nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, além dos sistemas implementados para lidar com as doenças, ainda há muito a ser compreendido sobre os determinantes que influenciam a saúde da população negra brasileira (Garbois; Sodré; Dalbello-Araújo, 2017). Além disso, é preciso considerar as discussões recentes sobre as diferenças existentes entre os determinantes sociais da saúde e a determinação social, que Patrícia Rodrigues da Rocha e Helena Maria Scherlowski Leal David (2015) indicam ser “um referencial teórico que discute a abrangência da coletividade e do caráter histórico-social do processo saúde-doença, não colocando em foco discussões de dados epidemiológicos individuais” (p. 132). Segundo Samaja (2003), ao compreender o processo de determinação social da saúde das populações, a contabilização de casos (taxas de incidência e prevalência) e o perfil de morbimortalidade deixa de ter papel central, cedendo lugar aos contextos, aos ambientes e aos mecanismos, por intermédio dos quais se produzem e reproduzem constantemente os processos de saúde e de doença da população.

Nesse sentido, a determinação do processo saúde-doença torna-se, assim, a expressão dos nexos sócio-históricos, que agudizam desigualdades atravessadas por seus marcadores interseccionais de classe, gênero e raça. Diante das reflexões até aqui trazidas, o presente artigo tem como objetivo conhecer a relação do racismo com a saúde da população negra no Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, guiada pelas recomendações propostas por Cooper (1989) que agrupa e organiza os resultados de um assunto determinado, a fim de interpretar os dados para desenvolver uma explicação mais abrangente de um fenômeno específico. O processo de revisão foi desenvolvido em cinco etapas: formulação do problema; coleta de dados; avaliação; interpretação dos dados e apresentação dos resultados. As revisões de literatura consistem na construção de uma análise ampla de textos publicados, que orientam os pesquisadores a responderem à pergunta de pesquisa.

A primeira etapa foi desenvolvida a partir da definição da pergunta de pesquisa que, neste trabalho, é a seguinte: qual a relação do racismo com a saúde da população negra no Brasil? A segunda etapa correspondeu à coleta de dados, que foi realizada no mês de agosto de 2023 junto à Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), definida pelo seu amplo acervo de estudos e com o maior número de produções para realização do artigo, além do fato de permitir acesso gratuito (o que outras bases não permitem) e do fato que queríamos acessar artigos produzidos e que tratassem da realidade brasileira. A busca foi feita com os descritores “racismo”, “saúde” e população negra. Utilizamos o operador booleano AND, a fim de identificar estudos que incluíssem os três descritores. Inicialmente, a pesquisa foi realizada sem aplicação da busca avançada em títulos, resumos e assuntos. Em um segundo momento, foi realizado o refinamento para a inclusão de artigos

que contemplam os descritores no título. A partir dos resultados da pesquisa, foi elaborado um quadro para organização dos artigos selecionados, com os seguintes itens: número do artigo, ano, autor, título, objetivos, metodologia, resultados e conclusões.

Os critérios de inclusão foram: artigos que abordassem o tema saúde e racismo, que retratassem o cenário brasileiro, disponibilizados na íntegra, de livre acesso, em português, inglês e espanhol, por meio digital e que respondessem à pergunta de pesquisa. Foram excluídos artigos que não eram de livre acesso, que não estavam disponíveis no meio digital e na íntegra, que não retratassem a realidade brasileira e que não abordassem a saúde da população negra e o racismo.

Na terceira etapa da revisão, foi realizada a leitura dos artigos encontrados de forma dinâmica para identificar a sua pertinência para a pesquisa. Após a seleção dos artigos, os dados foram organizados, em um quadro síntese, que permitiu analisar os resultados obtidos. Nesta etapa, foi observado o que cada artigo trouxe para responder à pergunta de pesquisa e realizada a discussão com o referencial teórico pertinente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos incluídos na revisão foram sistematizados em quatro categorias de análise: racismo institucional; iniquidades; saúde mental e políticas públicas para a população negra.

Em relação ao racismo institucional, autores, por meio de seus estudos, demonstraram presença do racismo institucional nos

serviços de saúde, sendo que por vezes se apresenta de maneira explícita, e por vezes de maneira velada. Os estudos apontam ainda a falta de conhecimento, por parte dos profissionais da saúde sobre temáticas que envolvem a população negra, de modo que a maioria nega a existência de racismo nos serviços de saúde dos quais fazem parte (Jesus *et al.*, 2020; Oliveira; Kubiak, 2019; Barros *et al.*, 2019; Werneck, 2016; Domingos; Santos, 2020; Rosa *et al.*, 2019; Tavares *et al.*, 2013; López, 2012; Santos *et al.*, 2011; Sacramento; Nascimento, 2011; Varga; Batista, 2016; Koifman, 1986).

Estudo realizado por Koifman (1986), que analisou as respostas de um exame de seleção para o curso de pós-graduação em saúde aplicado a 185 profissionais da área, abordou a relação entre mortalidade infantil e aspectos raciais. Os resultados revelaram que 12% dos participantes discordaram da existência de uma relação entre mortalidade infantil e racismo. Esses profissionais argumentaram que os aspectos raciais não influenciam positiva ou negativamente a mortalidade infantil e que o padrão de vida de uma população seria o fator determinante, independentemente da raça ser branca, negra ou amarela. O estudo também evidenciou a presença de pensamentos racistas entre os profissionais de saúde, refletindo valores considerados “científicos” há pelo menos um século. Por fim, a pesquisa destacou a persistência do racismo no pensamento desses profissionais e a urgência de enfrentá-lo para garantir uma atenção à saúde mais equitativa e livre de preconceitos. Um estudo de abordagem descritiva e exploratória, realizado por Barros *et al.* (2022), em um Centro de Atenção Psicossocial Infante-juvenil (Capsij), demonstrou o sofrimento

enfrentado pelos usuários vítimas do racismo e como o reflexo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no direcionamento dos profissionais demonstra resultados no acompanhamento desses usuários, efetivando o tratamento de modo a aproximar os pacientes da cultura e dos conhecimentos da população negra. Este estudo versa sobre a importância do conhecimento pelos profissionais de saúde da PNSIPN, pois só assim será possível avançar em relação à saúde da população negra (Oliveira; Magalhães, 2022).

Nota-se a persistência do racismo institucional nos serviços de saúde, mesmo com a passagem dos anos e a instituição de políticas públicas a fim de mitigar e até mesmo, extinguir seus efeitos, como demonstram os estudos acima citados, que possuem extenso intervalo de tempo entre a sua realização. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de que os diferentes atores confluam esforços para proporcionar a efetiva operacionalização de políticas públicas capazes de incidir no cotidiano dos serviços, modificando práticas e extinguindo perspectivas racistas.

Nessa perspectiva, acrescenta-se o caráter gerador de iniquidades a partir do racismo institucional. A partir desta categoria, iniquidades, Camelo *et al.* (2022) e Rosa *et al.* (2021) apontam a existência e reprodução de iniquidades que historicamente afetam a população negra, de modo que as mulheres negras são duplamente afetadas, pela cor da pele e pela sua condição de mulher. Além disso, a interação ou sobreposição de fatores sociais, culturais, econômicos, etc. – definido por Kimberlé Crenshaw (2002) como interseccionalidade – definem a identidade

de uma pessoa e a forma como isto irá impactar sua relação com a sociedade e o acesso a direitos.

A revisão exploratória de Faro e Pereira (2011) evidencia as disparidades nas condições de saúde entre os diferentes estratos sociais, destacando como os índices de saúde mascaram desigualdades e os impactos negativos gerados pela discriminação. Os autores apontam que, enquanto uma parcela da sociedade desfruta de privilégios, outra enfrenta iniquidades, sendo essa desigualdade um dos fatores que contribuem para o aumento do estresse na população negra. Os achados indicam uma distribuição desigual do estresse na sociedade, associada diretamente à experiência do racismo. Além disso, os autores destacam a escassez de estudos sobre os efeitos do racismo na saúde e reforçam a necessidade de estratégias eficazes para o enfrentamento desse problema. Santos e Dias (2022) identificam que ainda há desequilíbrio no tratamento entre brancos e negros. Quando essa perspectiva é direcionada para as mulheres, elas são duplamente subjugadas: pelo racismo e pelo machismo. Sendo assim, a mulher negra, ao longo dos anos, enfrenta essa dupla carga em diferentes espaços, sendo marginalizada. Ao longo do artigo são tratados os mais diversos casos de racismo na prestação do serviço de saúde para com a PN. As autoras ainda trazem que a cultura do branco se sobrepôs a da PN, transformando-a em algo ruim e de menor valor, e todos esses processos culminam em sofrimento psíquico. No entanto, a militância das mulheres afrodescendentes vem, ao longo dos séculos, resistindo, ocupando espaços e reivindicando direitos para as mulheres negras. As mulheres quando acessam os serviços

de saúde têm seu cuidado fragilizado, seja por assédio, pelo não acolhimento de suas queixas na integralidade em decorrência do machismo, pelo racismo institucional evidenciado, por exemplo, pela mortalidade materna de mulheres negras, entre outros fatores (Almeida, 2019).

Outro exemplo que remete às iniquidades, se refere ao estudo de Rosa *et al.* (2021), que analisou os dados epidemiológicos da Pandemia de covid-19 em relação aos pacientes negros, notificados ao Ministério da Saúde por meio do sistema de informação sobre vigilância epidemiológica. O resultado desta pesquisa demonstra que houve prevalência nos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) na PN durante a Pandemia de covid-19, quando analisamos em relação aos anos que antecedem a pandemia. Não bastasse, ainda revela maior prevalência de letalidade nesta população em relação às demais. A conclusão do estudo é que a cor da pele é um determinante de diversas vulnerabilidades sociais e de saúde no Brasil e no mundo, tendo impacto direto no aumento da morbimortalidade da população negra. O estudo reforça o racismo como uma doença que coloca a PN em grupo de risco em várias situações de saúde.

Outro fator que interfere na produção de iniquidades se refere ao processo de identificação da raça/cor. O racismo atua até mesmo no momento da produção de dados em saúde. Sendo assim, Santos, Coelho e Araújo (2011) analisaram a prática de como se dava a identificação da raça/cor de pessoas submetidas à necropsia no Instituto Médico Legal em Salvador, Bahia em 2007. Identificou-se a prática de racismo institucional, uma vez que a distorção de

informações pode gerar obstáculos para o pleno conhecimento das situações de discriminação e desigualdade.

Na Bahia, o número de óbitos por causas externas foi 30 vezes superior ao da população negra em relação à branca, porém os autores acreditam em um número maior. A suspeita se dá pela prática de racismo institucional que “embranquece” a população. O estudo demonstrou que a identificação racial faz parte de todo o processo da instituição, sendo uma exigência formal do processo. Um profissional, que não é da área da saúde, questiona o familiar da vítima sobre suas características raciais conforme constam na declaração de óbito (branca, preta, amarela, parda e indígena). Essa prática de indicar a raça/cor, conforme decidido pelo responsável, nem sempre considera as informações do laudo de necropsia, revelando a transferência da responsabilidade de preenchimento. Há disparidade nas informações médicas e burocráticas, resultando na falta de confiabilidade das informações.

O quesito raça/cor implementado no sistema de saúde tem como objetivo garantir o direito à saúde das populações mais vulneráveis. Conforme apontado por Almeida (2019), a cor da pele é um determinante social importante, que posiciona a população negra em situação de marginalidade. A Portaria n.º 344/2017 (Brasil, 2017) estabelece a obrigatoriedade do preenchimento desse quesito; no entanto, como apontado por Moraes e colaboradores (2022), durante a recente Pandemia de covid-19, esses dados foram frequentemente negligenciados ou preenchidos incorretamente. A importância do quesito raça/cor está diretamente relacionada à saúde da população negra, pois, por meio desses dados, é possível atender às necessidades

dos usuários, assegurar a qualidade do atendimento, controlar e erradicar doenças prevalentes nessas populações.

Sacramento e Nascimento (2011) também realizaram um estudo que mostrou a precariedade dos dados em saúde em relação à PN. Quando os registros em saúde são preenchidos ou não há campo para informar o quesito raça/cor ou não é preenchido, assim gera fragilidade para identificação e ações em saúde destinada a esta população. O questionamento relacionado ao quesito raça/cor sempre é indagado de forma insegura, pois quando o entrevistado é negro, fato que os estudos citados demonstram, isso gera constrangimento, porém o mesmo não se dá quando a pessoa é branca.

Seguindo as discussões, foram encontrados textos que remetem à questão da saúde mental da PN (Santos, *et al.*, 2022; Santos; Dias, 2022; Ignácio; Mattos, 2019; Damasceno; Zanello, 2018; Alves *et al.*, 2015; Ignácio; Mattos, 2019; Faro; Pereria, 2011). De acordo com os autores, as condições de iniquidades, bem como o preconceito e racismo que acometem à PN, não são devidamente considerados como produtores de sofrimento mental e adoecimentos psíquicos.

Como contraponto, Alves *et al.* (2015) apontam que o racismo institucional e a colonialidade são elementos que contribuem para a produção de desigualdades e sofrimento psíquico na população negra. Reforçam a necessidade de reconhecimento e valorização das diferentes práticas e valores civilizatórios, visando a construção de uma sociedade mais justa e igualitária como forma de compensar a exploração e segregação desta população.

Alves, Jesus e Scholz (2015) demonstram as assimetrias que permanecem até a contemporaneidade, quando se discute “acesso”

a bens, mesmo que estes foram e são produzidos pela PN. Sendo assim há negação de direitos e valores civilizatórios que levam ao sofrimento psíquico. A PN após séculos de escravidão foi submetida para além das agressões, a internalização forçada de ideias e valores que são incompatíveis com seus próprios corpos, carregando consigo a negação e alienação, levando-os ao embranquecimento físico e cultural. Os autores trazem a necessidade de romper com o olhar preconceituoso e racista lançado às pessoas de ascendência africana. Todos esses elementos, que constituem nosso país, levam ao sofrimento psíquico, segundo os autores, e ressaltam a importância da reparação civilizatória.

Essa situação se agrava, na medida em que os serviços de saúde não estão preparados para acolher e manejar tal sofrimento. Ignácio e Mattos (2019), constataram desafios relacionados à formação dos profissionais de saúde mental, cujos resultados de suas pesquisas apontam para desigualdades raciais nesse campo. Além disso, observa-se que a Rede de Atenção Psicossocial não se mostra mobilizada em torno das questões étnico-raciais. Ou seja, a Rede de Atenção Psicossocial não está devidamente preparada e instrumentalizada para acolher e manejar os efeitos do racismo presente nos serviços de saúde e na sociedade como um todo. Diante disso, destaca-se a necessidade de acolher o sofrimento psíquico causado pelo racismo.

Jesus, Santana e Castelar (2020) indicaram, nos resultados de seu estudo, que os profissionais de saúde possuem uma compreensão vaga sobre o racismo institucional e afirmam não observar essa prática em seus ambientes de trabalho. Esse achado

destaca a necessidade de preencher uma lacuna nos cursos de psicologia, bem como a importância de capacitações qualificadas relacionadas à população negra.

Diante disso, a implementação de ações de Educação Permanente em Saúde pode ser um caminho potente para a qualificação da atenção em saúde mental da PN, bem como, para induzir mudanças nos processos de trabalho e nas práticas de saúde, a fim de contemplar o cuidado com essa população.

Em relação à categoria *Políticas Públicas para a Saúde da PN*, autores (Anuniação *et al.*, 2022; Jesus, 2020; Batista; Barros, 2017) compreendem as condições atuais de vida, saúde e adoecimento da população negra como produto da história de subjugação, exploração e violência a que a PN foi submetida. Diante de tal realidade, defendem a necessidade de construção e fortalecimento de políticas públicas intersetoriais que visem a reparação civilizatória que essa população tem direito. No campo da saúde, a realização de investimentos capazes de fortalecer e possibilitar a implementação da Política Nacional de Saúde da População Negra é urgente.

A PNSIPN (Brasil, 2017) tem um papel fundamental para reconhecer e combater as desigualdades étnico-raciais causadas pelas mais diversas formas de racismo no SUS. A fim de investigar a implementação da PNSIPN, Batista e Barros (2017) elaboraram um instrumento aplicado por meio eletrônico, sobre o que vinha sendo produzido e realizado para implementar a PNSIPN, e que indicadores estavam sendo utilizados em seu monitoramento.

O instrumento foi respondido por gestores e lideranças de movimentos sociais atuantes nos serviços de saúde. Entre

as 27 Unidades da Federação, sete Secretarias Estaduais de Saúde responderam ao questionário. Dos 5.561 municípios, apenas 32 declararam ter essa política implantada. De acordo com os respondentes, a PNSIPN mostra-se assertiva quando há comprometimento dos gestores, aliado ao apoio de movimentos sociais. Os autores destacam, contudo, a existência de desinformação entre profissionais de saúde e a população em geral sobre os impactos do racismo na vida das pessoas, no acesso à Rede de Atenção à Saúde e na qualidade dos serviços prestados. Anunciação *et al.* (2022) realizaram um ensaio crítico que destaca a importância do debate sobre a PN, visando produzir mais conhecimento acerca da PN com enfoque na PNSIPN e no papel central do quesito raça/cor no processo. Para evidenciar como o racismo institucional afeta a PN, assim como fizeram Rosa *et al.* (2021) ao trazer exemplos do contexto pandêmico do coronavírus, os autores apontam que o racismo estrutural historicamente compromete o princípio da equidade em saúde. Uma possível contrapartida a esse processo seria a inserção plena da PNSIPN para fundamentar práticas de cuidado à saúde e subsidiar novas políticas. No entanto, a PNSIPN não tem sido plenamente aplicada nos serviços de saúde, o que perpetua o racismo e dificulta o acesso da PN aos serviços.

Os pesquisadores também ressaltam a necessidade de uma implantação efetiva do quesito raça/cor nos sistemas de saúde, visto que sua insuficiência compromete o acompanhamento e o monitoramento das especificidades da PN, além de dificultar a plena implementação da PNSIPN nos serviços. Por fim, os estereótipos, o processo cultural do racismo no Brasil e o racismo institucional

afastam o debate, que deveria ser uma prática constante e integrada aos serviços de saúde, em vez de limitado a momentos pontuais, como durante o novembro negro. Assim, o debate contínuo, a Educação Permanente e a inclusão do conhecimento sobre essa população no SUS configuram formas efetivas de combate ao racismo.

Tais estudos evidenciam a lacuna existente na atenção à saúde da população negra no âmbito dos serviços de saúde. Considerando que essa população representa a maior parcela da sociedade brasileira e reconhecendo a dívida histórica existente, torna-se urgente incluir na agenda das políticas públicas de saúde a implementação de ações concretas que transformem práticas no contexto dos serviços de saúde. Essas ações devem ter como objetivo a eliminação de atitudes racistas e a promoção da saúde dessa população, contribuindo para a redução das iniquidades historicamente produzidas e enraizadas.

Com base nos estudos analisados, pode-se identificar a estreita relação entre racismo e saúde da população negra no Brasil, presente em todos os estágios da vida, desde o nascimento até a morte. A trajetória de mudanças promovidas pelo movimento negro avançou ao longo dos anos no país, mas ainda é necessário implementar de fato a PNSIPN (Brasil, 2017), destacando sua importância como forma de superar as barreiras impostas pelo racismo institucional no SUS. Além das políticas já existentes, é essencial intensificar os esforços para produzir dados em saúde sobre a população negra, para que se possa avançar na saúde e desenvolver novas políticas públicas que contemplem suas especificidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão demonstrou que o racismo possui uma influência direta na saúde da população negra. Mesmo após a publicação da PNSIPN, há profissionais não capacitados que impactam significativamente a assistência de saúde oferecida à população negra. Destaca-se a falta de conhecimento sobre a PNSIPN e a necessidade de acolhimento adequado em casos de sofrimento psíquico decorrente do racismo.

Observa-se uma resistência no Brasil em reconhecer o racismo, e a percepção deste pelos profissionais durante o atendimento à população negra ainda é um desafio. Existe dificuldade em incorporar corretamente nos serviços o requisito raça/cor, resultando em precariedade dos dados de saúde da PN. Os estudos analisados indicam que os profissionais muitas vezes não identificam a prática de racismo em seu cotidiano, apresentando compreensão vaga sobre o racismo e seus tipos.

A PN enfrenta questões culturais que trazem crenças, valores, tradições e cultura como algo negativo. O embranquecimento também está relacionado aos processos culturais, gerando sofrimento psíquico à PN. Os estudos analisados evidenciam que os cuidados de saúde mental dessa população, nos serviços de saúde, ainda estão em estágio inicial, apresentando inúmeros desafios para modificar esse cenário. A distribuição desigual da saúde mental na sociedade brasileira é destacada, sendo que os negros sofrem mais do que os brancos em questões de saúde mental.

A cor da pele é um fator de desigualdade enfatizado pelos autores, alocando a PN em situações de vulnerabilidade, com impacto na morbimortalidade. Este fato, contradiz o princípio de equidade proposto pelo SUS.

Este estudo contribuiu para o debate sobre a população negra, promovendo a aproximação da cultura, dos costumes e da capacitação dos profissionais de saúde, bem como a implementação efetiva da PNSIPN nos serviços de saúde. A principal limitação da pesquisa foi encontrar artigos, teses e dissertações que tratassem da saúde e do racismo no Brasil. Nesse sentido, aponta-se a necessidade e a potência da realização de pesquisas envolvendo a temática no cenário acadêmico e no campo das políticas de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Jandaíra, 2019.

ALVES, M. C.; JESUS, J. P. de; SCHOLZ, D. Paradigma da afrocentricidade e uma nova concepção de humanidade em saúde coletiva: reflexões sobre a relação entre saúde mental e racismo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro. v. 39, n. 106, p. 869-880, set. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030025>. Acesso em: 21 set. 2023.

ANUNCIACÃO, D. *et al.* (Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 3861-3870, out. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Lqd6jsjQByrvCVyxWCxkqjN/?lang=pt#>. Acesso em: 4 jul. 2023.

BARBOSA, R. R. S.; SILVA, C. S. da; SOUSA, P. A. A. Vozes que ecoam: racismo, violência e saúde da população negra. **Revista Katálysis**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 353-363, ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/hXJ4fmwvWnNfqvv35xD9Kfw/?lang=pt#>. Acesso em: 4 jul. 2023.

BARROS, R. *et al.* Movimentos sociais em luta contra o racismo de Estado e pela vida: contribuições ao debate sobre saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 324-337, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s823>. Acesso em: 21 set. 2023.

BARROS, S. *et al.* Atenção à Saúde Mental de crianças e adolescentes negros e o racismo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.26, p. 1-18, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/sGnqjtFwzdJpdhrVGT7qFtf/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 21 set. 2023.

BATISTA, L. E.; BARROS, S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 33. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00090516>. Acesso em: 21 set. 2023.

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

BORRET, R. H. do E. S. E se Dona Violeta fosse uma mulher negra? Reflexões a partir de “O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde”. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v.27, p. 3969-3973, out. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CpsWrwfZV436MhRQQcgqHWd/?lang=pt#>. Acesso em: jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. 3. ed. Brasília – DF, 2017. 46 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 25 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da População Negra**: Boletim temático da Biblioteca do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/boletim_tematico/populacao_negra_novembro_2022.pdf. Acesso em: 23 ago. 2023.

COOPER, H.M. **Interating research**: A guide for literature reviews. 2.ed. Newbury Park: Sage, 1989.

CAMELO, L. V.; COELHO, C. G.; CHOR, D. Racismo e iniquidade racial na autoavaliação de saúde ruim: o papel da mobilidade social intergeracional no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], p. 3-16, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dk9XSMvfWkBGyKlKzSvyp9f/#>. Acesso em: 21 set. 2023.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos de discriminação racial relativos ao gênero. **Estudos Feministas**, [s. l.], v. 10, n. 1, 2002, p. 171-188. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnjZ397j8fSBQQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 27 out. 2024.

DEVULSKY, A. **Colorismo**. São Paulo: Jandaíra, 2021.

DAMASCENO, M. G.; ZANELLO, V. M. L. Saúde Mental e Racismo Contra Negros: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s. l.], v. 38, n. 3, p. 450-464, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-37030003262017>. Acesso em: 21 set. 2023.

FARO, A.; PEREIRA, M. E. Raça, racismo e saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse. **Estudos de Psicologia**, [s. l.]. v. 16, n. 3, p. 271-278, dez. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-294x2011000300009>. Acesso em: 21 set. 2023.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro. v. 41, n. 112, p. 63-76, mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2017.v41n112/63-76/>. Acesso em: 4 jul. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População brasileira**. 2022. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?utm_source=ibge&utm_medium=home&utm_campaign=portal. Acesso em: 25 ago. 2023.

IGNÁCIO, M. V. M.; MATTOS, R. A. de. O Grupo de Trabalho Racismo e Saúde Mental do Ministério da Saúde: a saúde mental da população negra como questão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro. v. 43, p. 66-78, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s805>. Acesso em: 21 set. 2023.

JESUS, K. C. O. de; SANTANA, H. M.; CASTELAR, M. Psicologia e racismo institucional na saúde pública de Salvador- Bahia. **Fractal. Revista de Psicologia**, Salvador, v. 32, n. 2, p. 142-153, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i2/5697>. Acesso em: 21 set. 2023.

JESUS, V. de. Racializando o olhar (sociológico) sobre a saúde ambiental em saneamento da população negra: um continuum colonial chamado racismo ambiental. **Saúde e Sociedade**, Espírito Santo. v. 29, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020180519>. Acesso em: 21 out. 2023.

KOIFMAN, S. Racismo no Brasil: os trabalhadores da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 2, n. 3, p. 279-296, set. 1986. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x1986000300002>. Acesso em: 21 set. 2023.

LÓPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Leopoldo. v. 16, n. 40, p. 121-134, mar. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1414-32832012005000004>. Acesso em: 21 set. 2023.

MORAES, A. G. M. *et al.* A implementação tardia do quesito raça/cor nos sistemas de informação do SUS: (neco)políticas de saúde para a população negra no Brasil durante a pandemia da covid-19. **REDUnB**, v. 18, n. 1, p. 56-69, jun 2022. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/redunb/article/view/42573>. Acesso em: 2 set. 2024.

OLIVEIRA, B. M. C.; KUBIAK, F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro v.

43, n. 122, p. 939-948, set. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912222>. Acesso em: 21 set. 2023.

OLIVEIRA, L.; MAGALHÃES, M. Percurso da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, [S.L.], v. 39, p. 1-13, set. 2022. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Disponível em: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0214>. Acesso em: 28 ago. 2024.

ROCHA, P. R. da; DAVID, H. M. S. L. Determination or determinants? A debate based on the Theory on the Social Production of Health. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.49, n. 1, p. 129-135, fev. 2015.

ROSA, L. G. F. da *et al.* Percepções e ações dos enfermeiros em relação ao racismo institucional na saúde pública. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, p. e8, jul. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769231131>. Acesso em: 21 set. 2023.

ROSA, M. F. P. *et al.* Inequity in access to health and racism: epidemiological analysis during the COVID-19 pandemic. **Journal Health NPEPS**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 41-55, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/5594> Acesso em: 21 set. 2023.

SACRAMENTO, A. N. do; NASCIMENTO, E. R. do. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo. v. 45, n. 5, p. 1142-1149, out. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0080-62342011000500016>. Acesso em: 21 set. 2023.

SAMAJA, J. Desafios a la epidemiología (pasos para una epidemiología “Miltoniana 42”). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 105-120, 2003.

SAMPAIO, E. O. Racismo institucional: desenvolvimento social e políticas públicas de caráter afirmativo no Brasil. **Interações - Revista Internacional de Desenvolvimento Local**, Campo Grande, v. 4, n. 6, p. 77-83, mar. 2003. Disponível em: [http://www.desenvolvimentolocal.ucdb.br/Revista Interacoes6_elias_oliveira_pdf](http://www.desenvolvimentolocal.ucdb.br/Revista%20Interacoes6_elias_oliveira_pdf). Acesso em: 28 fev. 2024.

SANTOS, A. B. S. dos; COELHO, T. C. B.; ARAÚJO, E. M. de. Racismo institucional e informação em saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [s. l.], v. 35, p. 231, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2011.v35.n0.a158>. Acesso em: 21 set. 2023.

SANTOS, M. V. D. R. dos. **Análise do racismo institucional em saúde sexual e reprodutiva em um município no interior de São Paulo**. 2020. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) USP, 2020. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-17032021-144409/pt-br.php>. Acesso em:

21 set. 2023.

SANTOS, V. C. dos; DIAS, A. B. Os efeitos do racismo na saúde mental das militantes negras do MMNDS. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s. l.], v. 42, p. 1-19, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003235483>. Acesso em: 21 set. 2023.

SANTOS, G. C.; RICCI, É. C. Saúde mental da população negra: relato de uma relação terapêutica entre sujeitos marcados pelo racismo. **Revista de Psicologia da Unesp**, [S.L.], v. 19, p. 221-238, 2020. Disponível em: <https://www.revpsico-unesp.org/index.php/revista/article/view/333>. Acesso em: 28 ago. 2024.

TAVARES, N. O.; OLIVEIRA, L. V.; LAGES, S. R. C. A percepção dos psicólogos sobre o racismo institucional na saúde pública. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro. v. 33, n. 99, p. 580-587, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/jCfZVYPGcL9Sff8MpgtWK6z/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 set. 2023.

VARGA, I. V. D.; BATISTA, L. E. Saúde da população negra e da mulher como políticas públicas e campos intelectuais: subsídios para um estudo de caso sobre o racismo institucional sistêmico. **Saúde e Sociedade**, São Paulo. v. 25, n. 3, p. 521-523, set. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902016253100>. Acesso em: 21 set. 2023.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, São Paulo. v. 25, n. 3, p. 535-549, set. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?lang=pt#>. Acesso em: 04 jul. 2023.

MIGRANTES E REFUGIADOS EM PORTO ALEGRE: “A DOENÇA QUE OS MIGRANTES TÊM NÃO É O HOSPITAL QUE RESOLVE”

Geisa Neutzling de Moraes
Aline Blaya Martins

INTRODUÇÃO

Durante o período que compreende os anos das décadas de 1960 e 1970, a promoção da saúde foi o principal objetivo da Organização Mundial da Saúde (OMS) para todas as nações. Nesta época, o Brasil não tinha um sistema de saúde universal e equânime. Com o advento da ditadura militar em 1964, a união de forças conhecidas, como o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), colaboraram para a nova Constituição Federal, com destaque para o protagonismo que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A conquista da saúde no Brasil é fruto de uma longa trajetória de luta e resistência que segue até os dias atuais, tendo o SUS a responsabilidade de atendimento universal, integral e equânime para todas as pessoas que estão em território nacional (Paiva; Teixeira, 2013). Somente no ano de 2006 a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi oficializada como estratégia ampliada de saúde para enfrentamento das iniquidades estruturais (Brasil, 2006).

A mobilidade humana, a imigração e o refúgio retomam temas antigos, quase tanto como a existência do homem, que historicamente nos primeiros escritos bíblicos se encontram relatos de perseguição e busca por segurança, moradia, trabalho, alimento e paz (Marianno, 2012; Souza; Matos, 2023). Analisando por uma linha de tempo, podemos visualizar o desenvolvimento das sociedades por meio dos movimentos migratórios livres ou forçados, a dureza e dificuldade vivenciadas que podem ou não serem suavizadas por meio da acolhida de um povo.

Os anos de pós-guerra e de industrialização foram marcados por intensos movimentos migratórios, o que pode facilitar a discussão e a compreensão da atual situação que envolve o tema da mobilidade humana e do paradoxo da globalização. Os imigrantes e refugiados do século XXI desejam os mesmos objetivos dos antigos imigrantes, porém o agravante está em diferentes situações de vulnerabilidades provocadas pelo crescimento do capitalismo mundial (Souza; Matos, 2023).

No cenário mundial, o Brasil é conhecido como país acolhedor e economicamente atrativo, e talvez esses sejam alguns dos principais motivos que levam milhares de migrantes e refugiados a procurarem este país como seu destino temporário ou permanente para reconstrução de vida. Cabe ressaltar que muitos arranjos políticos e sociais colaboram para a exclusão do cidadão no Brasil, mesmo com toda diversidade cultural e étnica. Ainda assim, o país apresenta resistências ao acolhimento e barreiras institucionais. O racismo estrutural e a xenofobia possuem raízes históricas do período colonial e dificultam mais ainda a inclusão de imigrantes e refugiados que se movimentam intensamente

no mundo e especialmente na América Latina. As razões para esta mobilidade humana estão associadas às situações de vulnerabilidades individuais e coletivas enfrentadas e provocadas por interesses políticos e econômicos (Rezende, 2023; Souza; Matos, 2023).

Mesmo o Brasil sendo um Estado democrático e regido por políticas sociais que deveriam proteger os cidadãos e reduzir as desigualdades, observa-se um movimento e uma série de manobras políticas com vistas a fragilizar o pluralismo político e o bem-estar, os quais são valores de uma sociedade fraterna e sem preconceitos, conforme prevê a Constituição e por consequência o SUS (Rizzotto; Costa; Lobato, 2018). Se isso impactar a saúde da população brasileira a curto prazo, é previsível o esvaziamento de políticas de estado que amparem a saúde da população estrangeira. Logo, o papel de organizações da sociedade civil passa a ser ainda mais determinante na saúde da população estrangeira que chega e se fixa no país.

Este artigo é um recorte de uma dissertação e tem o objetivo de identificar ações de promoção da saúde presentes nas narrativas de voluntários que atuaram no apoio e acolhimento aos migrantes e refugiados de Porto Alegre no ano de 2019.

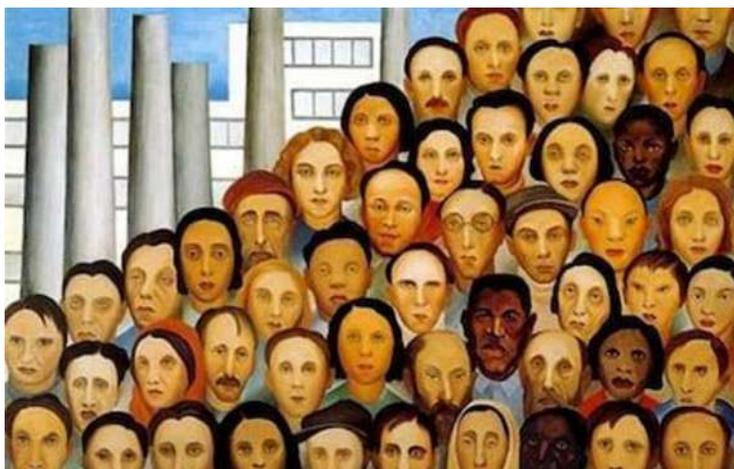
CAPITALISMO E A MOBILIDADE HUMANA

O movimento migratório não teve início com o capitalismo. Ele é um fato histórico, embora o lado perverso da acumulação de capital não tenha poupado nações oprimidas, escravizadas e colonizadas, que buscaram melhores condições de vida em outras terras, transformando, certamente, as causas dos fenômenos migratórios. Depois da dependência

colonial e militarizada, o capitalismo central entrega as nações destruídas às elites burguesas (em sua maioria) ou a governos revolucionários embargados e esgotados por sanções econômicas e políticas onde só as grandes agências e os bancos, por meio de empréstimos aviltantes e acordos de comércio, teriam o poder de possibilitar minimamente a dignidade humana e o sonho de reerguer uma ex-colônia de economia periférica por vias da dialética da dependência (Marini, 2017).

Com isso, o capitalismo iniciou a se valer do patriarcado, do colonialismo e do racismo para estruturar a opressão e a exploração do homem sobre o homem, sustentado em sua maior perversidade pelo genocídio cotidiano dos países pobres e seus quase cidadãos (Santos, 2011). A sociedade burguesa aprisionou homens e mulheres da classe trabalhadora da mesma maneira, por meio da exploração da força de trabalho e da manipulação da mente para o consumo (Cabral, 2019).

Figura 1. Operários



Quadro *Operários* (Tarsila do Amaral, 1933).

De acordo com o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), agência internacional da ONU que presta atendimento a refugiados, o número de solicitantes de refúgio, deslocados internos, apátridas e retornados, em 2018, totalizava 25 milhões de pessoas em todo o mundo. Entre os principais motivos para não retornar para seu país de origem estavam perseguições, retirada de direitos humanos e disputas armadas (ACNUR, 2018). O Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE) reconheceu em 2019 e 2020 mais de 47.000 pedidos de refúgio, em que cerca de 84% eram de venezuelanos (Cavalcanti; Oliveira; Silva, 2022). A mobilidade humana segue um ritmo acelerado após acontecimentos ou crises, quase sempre acompanhado por desigualdade e vulnerabilidade social.

A Lei n.º 6815/1980 regulamentou a imigração no Brasil até 2017, no entanto, essa norma precisou ser reescrita e modelada para as condições da migração atual, haja vista que a lei possuía linhas autoritárias provenientes do militarismo, em que a imigração era tratada como questão de segurança ou mão de obra qualificada. A nova lei do migrante n.º 13445/2017, avançou no que se refere aos direitos de cidadania da comunidade migrante no Brasil. Ainda assim, apesar de cercada de direitos políticos e de manifestações de qualquer ordem, permanece a preocupação sobre os vetos do projeto original vindos de vertentes organizacionais e políticas que ainda excluem indígenas e migrantes com situações irregulares, evidenciando resíduos de ideias preconceituosas, racistas, xenofóbicas (Oliveira, 2017).

A Nota Técnica 40, do estado do Rio Grande do Sul (2021), apresenta informações que corroboram com as cidades de atuação dos

voluntários entrevistados na presente pesquisa, a exemplo de Canoas que está no segundo lugar entre as cidades com maior número de registros no Sistema de Registro Nacional Migratório (Sismigra), depois de Porto Alegre, sendo então o sétimo município do Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) com menos trabalhadores de carteira assinada e o segundo no número de registros no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico), ou seja, apresenta maior número de imigrantes desempregados em situação de pobreza e vulnerabilidade (Rio Grande do Sul, 2021). Na capital viviam cerca de 30 mil migrantes, conforme o Centro de Referência de Imigrantes (Portella, 2021), no período avaliado, existiam poucas tentativas governamentais, sem seguimento por diferentes interesses de gestão, persistindo então ações voluntárias realizadas pelas organizações da sociedade civil.

ATORES SOCIAIS ENVOLVIDOS NO ACOLHIMENTO DE MIGRANTES E REFUGIADOS

Em um breve recorte histórico identificamos que o chamado “terceiro setor” teve início no Brasil com a criação das Santas Casas, em 1543 (Silva, 2010). E essa participação parece ainda recorrente e está prevista na Lei Orgânica n.º 8080/90 do SUS (Brasil, 1990). Há quem argumente que as ações sociais e assistencialistas, quando assumidas por voluntários, são transferidas aos valores morais dos indivíduos e retiram a responsabilidade do papel do Estado. Ainda assim, o compartilhamento dessa tarefa não é realizado de forma equilibrada, sendo notória a tendência de deixar para o voluntariado a difícil tarefa, a qual não consegue dar conta, que é prover os direitos básicos para a subsistência humana (Fagundes, 2006).

Observa-se, por um recorte histórico, no qual as atitudes solidárias e cidadãs foram gradualmente assumidas pelo terceiro setor, impulsionado pelo desinteresse do Estado e da obcecada iniciativa privada pelo desenvolvimento econômico e maior lucro (Santos; Severo, 2018). Dentro desse complexo tema das organizações da sociedade civil, interessa-nos quais se ocupam com trabalhos de forma humanitária e social voltados para os migrantes e refugiados. Entre as instituições identificadas em Porto Alegre e listadas pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) estão as criadas pelo próprio município com atuação desde o acolhimento até o suporte concreto em questões de saúde, além do Centro Ítalo Brasileiro de Assistência e Instrução às Migrações (CIBAI) que atua desde 1958 com migração (Portella, 2021).

SAÚDE E O SUS

A saúde, como direito humano e fundamental, é desejada por todos. Ainda hoje, questiona-se o que, de fato, é saúde e como ela pode ser alcançada, uma vez que não há um conceito único para saúde e doença, sendo que cada pessoa tem um entendimento diferente sobre o tema. A compreensão sobre esses conceitos se modifica conforme a época, admite-se que crenças, culturas, religiões, ambientes e descobertas biológicas atuam na construção de diferentes significados. Neste contexto, a saúde coletiva se difere da saúde pública, trazendo a pluralidade de compreensão dos determinantes de saúde, que vai para além de indicadores epidemiológicos ou de sanitarismo de fronteira e que inclui as humanidades como

elemento indispensável para o conceito de saúde, além da promoção e prevenção da saúde (Birman, 2005; Scliar, 2007).

A saúde representaria o estado de bem-estar físico, mental, social e espiritual das pessoas em particular ou compartilhado, havendo ainda uma lacuna de conhecimento entre o adoecer e a doença, onde qualquer simplificação não contemplaria sua totalidade de significado, a exemplo do conhecimento científico da medicina que tenta reduzir em partes o que constitui um todo singular e próprio de cada sujeito. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem a responsabilidade da gestão de ações específicas para saúde, preza pelo atendimento universal, integral e equânime para todos que vivem em território nacional (Brasil, 1988). Diante desta visão relacionada à saúde, direitos humanos, SUS, políticas públicas, vulnerabilidades entre outros, identificamos a existência de condições impeditivas aos direitos fundamentais e ao acesso a serviços públicos comuns entre brasileiros e migrantes menos favorecidos que vivem aqui.

PERCURSO METODOLÓGICO

O CONTEXTO DA PESQUISA

A pesquisa de mestrado foi idealizada no ano de 2018 com a intenção de identificar as ações de apoio e de saúde das instituições públicas ou privadas e/ou voluntários que atuavam de alguma forma com migrantes e refugiados chegados em Porto Alegre (RS) e Região Metropolitana.

A busca pelos locais de apoio aos imigrantes foi realizada digitalmente, utilizando a plataforma Google com as palavras-

chave “acolhimento”, “imigrantes” e “refugiados”, em “Porto Alegre”. Desta forma, encontramos, no site do Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra), uma lista com 12 instituições e seus contatos, na época de domínio público. Por conseguinte, foi realizado o contato via e-mail, mas nem todas as instituições disponíveis na lista responderam aos contatos iniciais, as pessoas que responderam, e se disponibilizaram para a entrevista e indicaram outras pessoas-chave no cuidado com os imigrantes e refugiados. Essa técnica, que trabalha cadeias de referência onde uma pessoa indica a outra a partir da divulgação de características de interesse do pesquisador, é conhecida como Bola de Neve (Vinuto, 2014). Com isso, foi possível realizar dez entrevistas durante os meses de maio a novembro de 2019 e identificar os países mais frequentes na região da capital na ocasião da pesquisa, sendo eles o Haiti, a Venezuela e o Senegal.

Todas as entrevistas seguiram os protocolos aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob CAAE n.º 14083719.2.0000.5347 e as orientações da Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996, e da Resolução n.º 510, de 07 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde. Antes das entrevistas, foi elaborado um questionário de perfil aberto contendo perguntas sobre a vivência de trabalho com migrantes e refugiados. Os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e o Termo de Autorização para somente depois os áudios das entrevistas serem gravados. A saturação das informações foi estabelecida em dez entrevistas realizadas, quatro com voluntários

que atuavam com venezuelanos, cinco voluntários que apoiavam haitianos e um com senegaleses (Charmaz, 2009).

Após a coleta as informações foram lidas, transcritas e agrupadas de acordo com a Teoria Fundamentada em Dados (Strauss; Corbin, 2008). As categorias de resultados emergiram da leitura flutuante focada nas respostas aos objetivos da pesquisa. As falas identificadas frequentes e que trouxeram contribuições relevantes para a compreensão do fenômeno estabeleceram as categorias analíticas de resultados. Nenhum momento foi a tônica da pesquisa buscar por determinadas instituições ou voluntários que atendessem uma população específica de migrantes/refugiados. Contudo, naturalmente os resultados foram apontando que, à época, havia uma concentração maior de atendimento a pessoas venezuelanas, haitianas e senegalesas que vinham migrando e/ou sendo atendidas por instituições e voluntários em Porto Alegre (RS) e região.

CENÁRIOS E PERSONAGENS

No decorrer dos resultados são apresentadas algumas falas significativas dos entrevistados da pesquisa e, por isto, para garantir o anonimato, seus nomes foram substituídos por outros fictícios, nomes de mulheres e homens que exerceram um papel fundamental na luta pela independência de suas próprias nações: Venezuela, Haiti e Senegal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Totalizamos dez entrevistas, oito ocorreram nas sedes de instituições sociais ou religiosas. Observamos que, quando a entrevista

ocorreu em um local privado, a conversa apresentou um tom mais rico em detalhes e maior envolvimento pessoal. Isso pode estar relacionado ao voluntariado, considerando que o vínculo institucional – participar oficialmente de uma instituição e portar um crachá –, segundo alguns entrevistados, carrega poder e influência nos contextos em que os voluntários precisam atuar diretamente. A percepção sobre as necessidades dos migrantes é diversa; no entanto, os entrevistados destacaram que as ações desenvolvidas não conseguem atender a todas as demandas. Talvez a principal necessidade seja única para cada migrante, embora, de forma geral, eles apontem o desejo por oportunidades de trabalho como uma prioridade, visando sua inclusão em uma sociedade com melhores perspectivas.

TRABALHO E EXPLORAÇÃO

A centralização do poder da globalização está localizada e é determinada pelas grandes economias mundiais situadas em metrópoles americanas e europeias, que seguem perpetuando a lógica colonial de polarização vertical, ou seja, dos países ricos do Norte subjugando aos subdesenvolvidos do Sul (Santos, 2011), para a manutenção da dialética da dependência e para a superexploração da força de trabalho (Marini, 2017).

As informações registradas de migrantes empregados formalmente e que constam no Relatório OBMigra (2022), evidenciam um aumento expressivo na contratação de venezuelanos em 2021, seguido de haitianos que tiveram mais contratações no período de maior fluxo de entrada em 2011 (Cavalcanti; Oliveira;

Silva, 2022). Existem aqueles sujeitos que se aproveitam da situação das pessoas explorando-as financeiramente, seja como atravessadores ou oferecendo trabalho em regimes considerados de escravidão nas grandes cidades e nas fazendas de plantações. O relato feito por uma entrevistada demonstra essa fragilidade da relação e o pedido de ajuda para compreender o que aconteceu. “[...] no outro dia ele veio com a carteira dele. Subiu... que é lá em cima o escritório... levou o cheque dele e os papéis dele já estavam preparados... ‘Assina aqui’. E ele assinou, não sabe ler, também” (diálogo Suzanne Sanité Bélair).

[...] ele veio aqui e trouxe aqui em casa... Daí eu li... O cara fez ele assinar os papéis, como se ele pedisse demissão, entendeu? Daí eu disse assim: ‘tu pediu demissão’. ‘Não! Eu não pedi demissão, mas tá aqui!, como se tu tivesse pedido demissão. Mas tá aqui! tu perdeu o seguro desemprego e o fundo de garantia!... Tu tinha que ver, esse cara era o quadro da dor, ele chorava aqui dentro (diálogo Suzanne Sanité Bélair).

Figura 2. Suzanne Sanité.



Cédula de bicentenário de Independência do Haiti. “Suzanne Sanité” (Governo do Haiti, 2004).

Para este homem que foi assistido, provavelmente centenas tombaram e seguirão tombando por conta da perversidade do capitalismo financiado, que os empurra para este lugar que por fim também aflige o homem periférico brasileiro, sua saúde e sua dor... Exigindo dos trabalhadores da saúde e das entidades de acolhimento um esforço gigantesco que os esmaga em sua humanidade. Mais do que acesso à consulta, instituições de caridade e boas intenções, estes homens e mulheres precisam, como diria Fanon (1968), reconhecer-se como os condenados da terra, aqueles que historicamente e todos os dias são empurrados para a degradação e a construir modelos de um mundo que gera tamanho sofrimento e falta de perspectiva.

SOBREVIVENDO EM TERRAS DESCONHECIDAS: PORTO ALEGRE

A riqueza vivenciada em campo é apresentada nas falas dos entrevistados ao longo do texto como uma forma de elucidar a discussão e mostrar os resultados. Dessa forma, é possível observar as condições materiais, subjetivas e simbólicas que sempre aproximaram os migrantes entre si e que, por outro lado, os fazem tão ímpares dependendo de sua origem. As falas costuram estas relações e apresentam a fragilidade do processo migratório perante as dificuldades reais, tanto para quem chega quanto para quem tenta acolher: “Mas, agora trabalhando com os haitianos, a gente vê que é bem difícil. A língua foi a maior barreira várias vezes... porque simplesmente eles não entendem, não tem uma comunicação...” (diálogo Simón Bolívar).

A questão do trabalho, muitos empregadores falam que não conseguem empregar porque a pessoa tem protocolo de refúgio e não RG, ocorre um erro no cadastro da Carteira de Trabalho que não permite colocar o protocolo de refúgio ao invés de RG, isso é uma questão burocrática... não... isso tá na lei, que eles têm o mesmo direito que os brasileiros com protocolo de refúgio neh... então estas questões ainda são empecilho né, na questão do acolhimento de imigrantes (diálogo Simón Bolívar).

Figura 3. Simón Bolívar



Quadro *Simón Bolívar* (José Toro Moreno, 1922).

DISCRIMINAÇÃO DE GÊNERO

As mulheres que conseguem migrar enfrentam duras diferenças culturais e maiores dificuldades para arrumar trabalho,

já que acumulam múltiplas tarefas domiciliares e de cuidado com os filhos nascidos aqui ou que trouxeram no colo: “Os homens têm mais facilidade de conseguir trabalho do que as mulheres, as imigrantes também são assim. As mulheres têm muita dificuldade de conseguir trabalho” (diálogo Léopold Sédar Senghor). A verdadeira história, que os livros escolares não traziam e que em sua maioria seguem não contando, é que as mulheres sempre se organizavam de maneira a garantir a própria sobrevivência e a da família. Elas passaram a controlar a possibilidade de se obter mais mão de obra, filhos, trabalhadores/escravos para a agricultura, a busca e conquista de novas terras/colonização e logo, com o tempo, a produção em massa (Federeci, 2017; Safiotti, 2004).

A globalização, a migração, o refúgio, mostram a cara da mulher como pobre e sem valor, basta ver as notícias na mídia. Pensar o fenômeno migratório a partir da presença feminina traz alguns questionamentos sobre as conquistas de direitos das mulheres brasileiras, que atravessam também as que estão em situação de imigração e refúgio com suas famílias. A violência contra mulher, a opressão e sua última consequência gerada pela pedagogia do medo, o feminicídio, ainda existem e atravessam a vida das brasileiras e das migrantes que chegam a este país de raízes escravocratas, misóginas e patriarcais. As diferenças culturais são um capítulo à parte, pois atravessam a saúde da mulher, a religião e a organização econômica: “Eles acham que água com sal, ou sal grosso, vão livrar de uma gestação” (diálogo Marie Jeanne La Martiniere).

Figura 4. Mulheres caminhando em meio ao lixo



Mulheres caminhando em meio ao lixo (Brown, Ryan/ ONU mulheres).

O QUE UNE: RACISMO COMO MARCADOR DE OPRESSÃO POR RAÇA E CLASSE

“O racismo é um meio de domínio da burguesia sobre os trabalhadores utilizado ferozmente para dividir as classes populares e intensificar a exploração de negras e negros” (Santos, 2018). “Ele não é só um corpo preto ali com umas meias para vender na rua” (diálogo Léopold Sédar Senghor).

Para Fanon (2019), o colonizador perpetua a opressão e, sobretudo, o racismo, que nunca deixa de alimentar. Nesse sentido, é um equívoco presumir que, por serem imigrantes que colonizaram a região da serra do Rio Grande do Sul, terão uma postura mais acolhedora. O que se observa, na prática, são ofertas de trabalho

para mão de obra “mais barata” e “oportuna”, direcionadas aos africanos senegaleses. “[...] então eles estão apontando esse problema de preconceito que existe lá, ele falou que não acredita que exista lugar no Estado do RS que seja mais preconceituoso do que Caxias [risos]” (diálogo Toussaint L’Ouverture).

Todo esse preconceito é identificado em algumas falas dos entrevistados, mas velada ou não reconhecida em outros. “[...] meu patrão me chamou de vagabundo e disse que eu não precisava mais trabalhar lá...” (diálogo Suzanne Sanité Bélair). “Não tem preparação, eu descobri que eu sou negro aqui no Brasil” (diálogo Léopold Sédar Senghor).

A falta de emprego carrega no imigrante uma falta de pertencimento, muitas vezes agravado pela dificuldade de se expressar. Na reprodução das falas dos entrevistados é possível identificar situações de saúde mental. “Tem muitos imigrantes que têm doença e sofrimento” (diálogo Léopold Sédar Senghor). “... as pessoas tentam ir ao hospital, analisar ele e não acham nada... Eles não precisam ir ao hospital, porque a doença que eles têm não é o hospital que resolve” (diálogo Léopold Sédar Senghor).

Essa mesma realidade do capital, quando ameaçado, coloca em prática o plano “primitivo de colonização e escravidão” em grande escala, usa e depois dispensa, sem preocupação nenhuma com o que fica ou com quem não atende aos interesses do mercado (Netto; Braz, 2012). Quando se fala de um imigrante internado por depressão, ele sabe que o SUS até pode oferecer o leito, o cuidado, mas ele jamais vai curar essa “doença” que gera tamanho sofrimento. Possivelmente morrerá, por conta dos efeitos do capitalismo.

DIVERSIDADE CULTURAL

Mesmo havendo os objetivos comuns de recomeçar a vida por meio do trabalho e da superação das adversidades deixadas para trás, nem tudo é igual dentre os imigrantes. A cultura coletiva dos senegaleses, por exemplo, contribuiu para a construção de organizações e associações que acolham seus conterrâneos já na chegada a Porto Alegre. Segundo um dos entrevistados, quando alguém chega sem rumo e pega um táxi, o motorista mesmo entra em contato com ele por telefone e leva o imigrante a casa de acolhimento para senegaleses no centro da capital. “Eu conheço muito senegalês que nunca vendeu na rua... Imagina se tem 1800 senegaleses na grande Porto Alegre e só temos 200 que estão vendendo, então ao menos estão trabalhando” (diálogo Léopold Sédar Senghor).

No centro da capital existe uma mesquita para oração e reunião dos muçulmanos, mesmo local da associação dos senegaleses, onde eles mantêm a cultura africana e colaboram financeiramente uns com os outros para atender às maiores necessidades. Os senegaleses, segundo o entrevistado, enfrentam muitos preconceitos pela raça/cor, origem africana e pelo desconhecimento da religião muçulmana. Ele próprio é um imigrante senegalês que passou por dificuldades, mas que conseguiu vencer as principais barreiras, aprendeu português, estudou e agora atua divulgando a cultura em escolas, universidades, instituições públicas e até privadas, exercendo protagonismo político. “Não [...] tem senegalês que nunca vendeu nada no Senegal, mas quando eles

vêm aqui, eles têm que fazer isso para sobreviver para não fazer as coisas erradas” (diálogo Léopold Sédar Senghor).

A instituição que aceitou o convite para participar da pesquisa e que trabalha com famílias venezuelanas fica em Porto Alegre e, na época, contava com apoio financeiro de grandes organizações internacionais: [...] “Nós só recebemos famílias, tanto que a metade do que a gente tem é criança. Hoje eu acho que a gente tem quase 30 crianças” (diálogo Argelia Laya). Aqui o idioma não se torna um grande empecilho para a comunicação, existem sim diferenças culturais, mas a proximidade latina não causa tanto estranhamento entre os povos.

DEMANDAS DE SAÚDE NO ATENDIMENTO INSTITUCIONAL

A saúde não pode ser vista de uma forma reducionista, mas é obviamente atravessada por diversos pontos como os já discutidos, ora, não é possível ter saúde plena sem dignidade humana, sem trabalho ou passando por situações de racismo, machismo e xenofobia constantemente. Quanto a isto, cinco voluntários e trabalhadores da saúde pública referiram que contribuem de forma mais direta na área da saúde porque entendem ser direito do migrante e refugiado a inclusão no SUS e na assistência social. Porém, nem todos os migrantes conseguem encontrar pessoas como estas, que lutam pela dignidade humana, seja por tratamento médico, comida, educação ou pela possibilidade de ter seu corpo enterrado no país de origem.

São poucos os serviços de saúde que os imigrantes procuram ou que poderiam procurar e conseguem ter suas necessidades

compreendidas. Acolher um migrante significa enfrentar o desconhecido, algo que não pertence a muitos trabalhadores sem empatia com o sujeito preto, pobre e doente que pode ter características, fenótipos e histórias diferentes da sua. Alguns trabalhadores encaram como mais uma dificuldade em seu dia a dia de trabalho em um sistema de saúde precarizado, nas relações de trabalho e nos recursos, mesmo que os profissionais se empenhem em atender as demandas desta população. Além disso, o estresse pós-traumático pode ser considerado um problema de saúde mental que atinge muitos refugiados, assim como muitos dos migrantes.

Está evidente que será difícil a completude das demandas dos migrantes e refugiados na saúde, porque a doença que eles têm não é o hospital que resolve. O idioma pode ser um empecilho, assim como também a diferença cultural, o racismo, a xenofobia e o machismo. A demanda de um imigrante é como uma árvore, mas quando se olha mais à frente, aparece a grande floresta que nasceu de pequenas árvores reunidas há muito tempo. Assim como conhecer as diferenças culturais não é a mesma situação que as vivenciar. Compreender todo o processo de plantio da floresta nos faz chegar mais próximo de cada árvore plantada.

CONCLUSÃO

Este artigo apresenta um recorte da complexa situação vivenciada por migrantes e refugiados na capital gaúcha e seus arredores. Para tentar compreender os processos de saúde e de adoecimento, foi necessário atualizar e ampliar conhecimentos

sobre revoltas, lutas e insurgências, além da catequização econômica, cultural, social e religiosa imposta pelo colonialismo moderno até os dias atuais. Foi preciso procurar instituições e voluntários que atendem às demandas geradas emergencialmente e que formam uma espécie de rede de apoio, que mesmo um tanto frágil e incipiente, assumiram para si responsabilidades que não interessavam ao Estado e que são muito maiores do que suas possíveis capacidades burocráticas, financeiras, sociais, educacionais e humanas. “É preciso percorrer os caminhos da história do homem condenado pelos homens e provocar, tornar possível, o encontro de seu povo e dos outros homens” (Fanon, 1968, p. 253).

Como discorrido ao longo deste manuscrito, nas falas dos entrevistados emergiram temas sociais, políticos e econômicos essenciais para o debate sobre a questão complexa que é a mobilidade humana da população migrante venezuelana, haitiana e senegalesa, mais presentes nesses últimos anos aqui no RS. Se tratava de algo específico e maior que não poderia ser explicado apenas com caracteres binários ou metodologias cartesianas. Sendo assim, reduzir este percurso a outros modelos que não o qualitativo, perderia o cuidado e a riqueza de detalhes perceptíveis ao pesquisador. Com esse propósito, substituir os nomes dos entrevistados por nomes de personagens reais e integrantes dos movimentos revolucionários dos países de origem dos imigrantes e refugiados representados nesta pesquisa foi uma tentativa de aprofundar a conexão com a cultura e a luta de cada pessoa que compartilhou sua história aqui. Essa migração que estamos tratando vem da falta de alimentação, moradia, trabalho, educação

e qualidade de vida. Ainda, há os desafios relacionados a não possuir a documentação necessária para viabilizar a entrada ou a permanência no país, além das questões relacionadas ao idioma, que podem ser um grande empecilho na busca de seus principais objetivos. A falta de trabalho aparece como importante determinante social de adoecimento, assim como os fatores que dificultam o acesso a ele. Foi pelo poder da alienação, da violência, da opressão e da escravização que o capitalismo ditado pela Europa burguesa impôs o ritmo de desenvolvimento tutelado dos países sob seu jugo. O contexto de adoecimento como resposta ao sofrimento provocado pela crueldade das relações de poder tratadas pelo insurgente Fanon (2019) e por outros autores são os mesmos que migrantes e refugiados enfrentam e que foram narrados cuidadosamente pelos voluntários entrevistados nesta pesquisa.

Diante das evidências analisadas, concluímos que a doença que o refugiado e o migrante africano, caribenho ou latino-americano possuem precisa ser contextualizada como coletiva, social e abusiva às nações jovens, negras e não europeias. A criação de fantasias negativas promoveu o apagamento da maior parte da cultura dos povos originários, do modelo de troca, de crenças, da confiança no papel determinante da mulher e do negro na sociedade, substituindo pelo modelo novo, moderno e ainda atuante do branco, masculino e europeu. Logo, o adoecimento está relacionado ao desrespeito histórico, à violência e ao roubo de riquezas naturais e humanas, que precisam ser identificadas e nomeadas como racismo, xenofobia e intolerâncias a serem enfrentadas pelo Estado de forma sistêmica e internacionalista.

REFERÊNCIAS

ACNUR - Agencia Internacional para Refugiados. **Dados sobre Refúgio ACNUR Brasil**. 2018. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/dados-sobre-refugio/>. Acesso em: 13 fev. 2019.

BIRMAN, J. A Physys da Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 15, p. 11–16, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/MGJKwBxGS4gZjRMtNMFQ8md/?lang=pt>. Acesso em: 20/09/2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com alterações determinadas pelas emendas Constitucionais de revisão nº 1 a 6/94, pelas emendas Cosntitucionais nº 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legis. Brasília. v. 1 Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 3 fev. 2019.

BRASIL. **Lei n. 6.815, de 19 de agosto 1980**. Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração. Diário Oficial da União, Brasília, 21 de agosto de 1980. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6815.htm. Acesso em: 14 jun. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 3 fev. 2019.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017 Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sv>. Acesso em: 31 mar. 2019.

BROWN, R. Mulheres Foto: **Mulheres caminhando em meio ao lixo**. Disponível em: <https://cnts.org.br/noticias/impulsionada-pelo-brasil-extrema-pobreza-na-america-latina-tem-pior-indice-em-dez-anos>. Acesso em: 01 out. 2024.

CHARMAZ, K. **A Construção da Teoria Fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: ARTMED, 2009.

CABRAL, A. A arma da teoria. In: MANOEL, J.; FAZZIO, L. G. (Eds.). **Revolução Africana**: Uma antologia do pensamento Marxista. Autonomia ed. São Paulo. p. 127–200.

CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T. D. E.; SILVA, B. G. Relatório anual do OBMigra, 2022. **Série Migrações**. Observatório das Migrações Internacionais. Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação

Geral de Imigração Laboral, Brasília, p. 189, 2022. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/Obmigra_2020/OBMigra_2022/RELAT%C3%93RIO_ANUAL/Relat%C3%B3rio_Anuar_2022_-_Vers%C3%A3o_completa_01.pdf. Acesso em: 05 jan 2024.

FAGUNDES, H. S. O voluntariado, a solidariedade e as políticas sociais. **Textos & Contextos**, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 1-19, 2006.

FANON, F. **Os Condenados da Terra**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

FEDERECI, S. **Calibã e a bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. 1. ed. São Paulo: Elefante, 2017.

FANON, F. Racismo e cultura. In: MANOEL, J.; FAZZIO, G. L. (Ed.). **Revolução Africana**. 2. ed. São Paulo: Autonomia Literária, 2019. p. 67-103.

GOVERNMENT OF HAITI. **The 2004 Haitian Bicentennial edition of the 10 gourde bank note**. Sanité Bélair, 2004. Disponível em: <http://www.banknote.ws/COLLECTION/countries/AME/HAI/HAI0272co.jpg>. Acesso em: 10 out. 2024.

MARIANNO, L. D. Isso é trabalho de imigrantes! Aportes sobre migração, gênero e trabalho no primeiro testamento. **Rev. Inter. Mob. Hum.**, Brasília, Ano XX, N^o 39, p. 229-243, jul./dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/remhu/a/RV7NsHd7JXYh65mYmybjn3f/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2024.

MARINI, R. M. Dialética da dependência. **Germinal Marxismo e educação em debate**, Salvador, p. 325-356, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/24648/15300>. Acesso em: 13 fev. 2019.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia política: uma introdução crítica**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

OLIVEIRA, A. T. R. de. Nova lei brasileira de migração: avanços, desafios e ameaças. **Revista Brasileira de Estudos de População**, [s. l.], v. 34, n. 1, p. 171, 2017. Disponível em: <https://rebep.org.br/revista/article/view/1082>. Acesso em: 7 fev. 2019.

OPERARIOS. In: **WIKIPÉDIA**, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2022. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Oper%C3%A1rios&oldid=63850747>. Acesso em: 23 jun. 2022.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Jan, v. 20, n. 2, abr.-jun. 2013, p. 653-673. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>. Acesso em: 30 set. 2024

PORTELLA, M. E. **Prefeitura abre Centro de Referência aos Imigrantes**. 2021. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/smds/noticias/prefeitura-abre-centro-de-referencia-aos-imigrantes>. Acesso em: 10 fev. 2023.

REZENDE, R. Movimentos migratórios e os migrantes como atores políticos no desenvolvimento do capitalismo. **Ideias**, Campinas, SP, v. 14, n. 00, p. e023016, 2023. DOI: 10.20396/ideias.v14i00.8672953. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ideias/article/view/8672953>. Acesso em: 31 maio. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. **O perfil dos imigrantes no RS segundo o Sismigra , a RAIS e o Cadastro Único. Nota Técnica 40**. Porto Alegre. Disponível em: <https://planejamento.rs.gov.br/upload/arquivos/202106/24142804-nota-tecnica-perfil-dos-imigrantes-do-rs-1.pdf>.

RIZZOTTO, M. L. F.; COSTA, A. M.; LOBATO, L. de V. C. Justiça social, democracia com direitos sociais e saúde: a luta do Cebes. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, n. 116, p. 5–10, 2018. Disponível em: <http://www2.camara>. Acesso em: 13 fev. 2019.

SAFIOTTI, H. I. B. **Safiotti Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, D. J. dos. Luta antirracista, unidade e transformação: um ensaio teórico. **Revista Katálysis**, v. 21, n. 3, p. 594–601, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/X9YFKQzSyyfvjD66mXKdckG/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 20 ago. 2022.

SANTOS, J.; SEVERO, E. A. Responsabilidade social das empresas nas práticas das organizações da sociedade civil em cidades do norte do Rio Grande do Sul. **Revista Ciências Administrativas**, Fortaleza, v. 24, n. 2, p. 1–16, 2018. Disponível em: file:///C:/Users/Geisa/Downloads/Santos_Severo_2018_Responsabilidade-Social-das-Em_50104.pdf. Acesso em: 21 fev. 2019.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização do pensamento único à consciência universal**. 20. ed. Rio de Janeiro: Record, 2011.

SILVA, C. E. G. Gestão, legislação e fontes de recursos no terceiro setor brasileiro: uma perspectiva histórica. **Revista de Administração Pública**, [s. l.], v. 44, n. 6, p. 1301–1325, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/dmgXfwLTwhKpbCpHxgnpqcx/?format=pdf&lang=pt>

SOUZA, F. M.; MATOS, G. M. **Migração e Direitos Humanos: Uma aproximação entre o Relato Bíblico e a Migração Latino-Americana**. REFLEXUS - Ano XVII, n. 1, 2023. Disponível em: <https://revista.fuv.edu.br/index.php/reflexus/article/view/2602/2418>. Acesso em: 20 jul. 2024.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa**: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de Teoria Fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TORO MORENO, J. **Legislative Palace, La Paz**. Simón Bolívar. 1922. Disponível em: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Sim%C3%B3n_Bol%C3%ADvar,_Toro_Moreno,_Jos%C3%A9_1922,_Legislative_Palace,_La_Paz.png#filehistory. Acesso em: 03 nov. 2024.

FEMINISMOS E SAÚDE COLETIVA: DIÁLOGOS NECESSÁRIOS

Carolina Araujo Londero
Amanda Ferreira de Carvalho
Maíra Brandli Oliveira
Jaqueline Miotto Guarnieri
Luciane Maria Pilotto

APRESENTAÇÃO

Neste capítulo, abordaremos o feminismo, utilizando como referência principal o livro *Feminismo na Atualidade: A Formação da Quarta Onda*, de Jacilene Maria Silva. A autora apresenta o feminismo em “ondas”, um conceito que guia nossa discussão, mas o uso de na sua abordagem conceitual não será problematizado em profundidade no capítulo. As ondas do feminismo, ao longo do tempo, buscaram igualdade e direitos civis, políticos e sociais.

A primeira onda do feminismo está intimamente ligada à luta por direitos civis, surgindo inicialmente no Reino Unido e nos Estados Unidos. Esse movimento, enquanto se difundia em países mais ricos, refletia as demandas sociais de mulheres brancas e da classe alta, que buscavam direitos políticos e econômicos, já garantidos aos homens brancos, especialmente o direito ao voto (Monteiro; Grubba, 2017). Mas é importante destacar que foi marcada por uma visão mais liberal e focada nas mulheres brancas

e de classe média (Abreu, 2002), não centrando em questões de raça, classe e outras intersecções de opressão, o que gerou críticas nas ondas feministas subsequentes (Martins, 2015).

No Brasil, a luta ainda era pela libertação da escravatura e as mulheres, apesar de terem seu legado silenciado, foram linha de frente. Um exemplo marcante é o ato de resistência de Esperança Garcia, uma mulher escravizada que, em 1770, escreveu uma carta ao governador do Piauí denunciando os abusos sofridos por ela e sua família (Souza, 2021). Esse gesto, atualmente, é visto como um precursor do feminismo, revelando que as lutas por direitos sempre estiveram presentes, especialmente em condições desumanas.

Já na segunda onda do feminismo, passaram-se a discutir questões mais amplas de igualdade social, sexual e econômica (Martins, 2015). As feministas dessa onda reivindicavam direitos reprodutivos, como o acesso a contraceptivos e ao aborto, igualdade no mercado de trabalho, melhores condições e salários justos, além de libertação sexual e o combate à violência de gênero (Silva; Do Carmo; Ramos, 2021) – lutas que ainda são centrais. No Brasil, a segunda onda ganhou força especialmente após a ditadura militar, abordando temas como a violência doméstica e os direitos trabalhistas das mulheres (Woitowicz, 2014).

A terceira onda do feminismo, foi também uma resposta às limitações da segunda onda, principalmente em relação à falta de diversidade e à predominância de uma perspectiva de mulheres brancas, heterossexuais e de classe média (Woitowicz, 2014). Com uma abordagem mais interseccional e inclusiva, a terceira onda reconhecia que gênero se cruza com raça, classe, orientação

sexual e identidade de gênero para moldar diferentes formas de opressão (Silva; Do Carmo; Ramos, 2021). Essa onda foi marcada pelo questionamento de normas de gênero, o combate ao sexismo na cultura *pop* e uma luta por maior liberdade e autonomia sobre os corpos e identidades. Teve influências de uma nova geração de ativistas que lutavam por visibilidade para as lutas de mulheres negras, latinas, LGBTQIAPN+ e outras minorias, tornando o movimento mais plural e crítico em relação às experiências diversas de feminilidade e identidade (Pereira, 2018).

Todas essas ondas foram construídas e influenciadas pelas épocas que se organizaram, o que se repete na quarta onda, que ganhou forças nos anos 2000. Caracterizada pelas redes sociais e internet como principais meios de mobilização, diferencia-se das anteriores por ser mais interseccional, ou seja, reconhece as múltiplas opressões que afetam mulheres de diferentes raças, classes, etnias, orientações sexuais e identidades de gênero, e como essas opressões se interseccionam (Perez; Ricoldi, 2019). Traz o reconhecimento da importância de uma linguagem inclusiva e da participação de mulheres trans e travestis. O ativismo *on-line* também tem permitido que o movimento feminista alcance uma dimensão global, conectando as lutas nacionais e internacionais, como a luta pelas desigualdades de gênero e a construção de uma sociedade mais justa e igualitária, a partir de uma abordagem interseccional (Perez; Ricoldi, 2019).

Nos próximos tópicos, nos valendo da reflexão crítica, buscamos revisitar produções e discussões fundamentais que ampliam o debate sobre feminismos, incluindo a interseccionalidade,

os direitos reprodutivos e questões relacionadas a travestis. Objetiva-se com o presente escopo discorrer sobre esses temas tão cruciais para compreendermos a complexidade e a diversidade das lutas feministas, contribuindo para um entendimento mais plural e inclusivo da Saúde Coletiva. Esta temática está presente nos projetos de pesquisa desenvolvidos pelas autoras.

FEMINISMO E INTERSECCIONALIDADE: CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS

Um aspecto notável da quarta onda é a redescoberta de obras literárias escritas por mulheres que foram apagadas ou publicadas sob pseudônimos, como a de Charlotte Perkins Gilman. Um texto significativo nesse contexto é *O papel de parede amarelo*, publicado em 1892. Nele, a protagonista, diagnosticada com “histeria” por não querer ter filhos, é isolada pelo marido em uma casa de campo. Por meio da narrativa, ela observa um papel de parede amarelo sujo, onde vislumbra outras mulheres aprisionadas. A destruição desse papel se torna um poderoso símbolo de libertação, representando a luta contra a opressão que enfrentavam muitas mulheres. Márcia Tiburi no prefácio do livro, ainda destaca como a casa se transforma em um espaço que personifica a opressão dos desejos femininos e a exclusão da vida pública (Gilman, 2016). Embora o marido da protagonista seja descrito como gentil, ele é o responsável pelo seu aprisionamento. Essa dinâmica é uma realidade para muitas mulheres contemporâneas, que vivem em relacionamentos marcados por abusos psicológicos (Pardini; Ribeiro, 2021).

Na produção de conhecimentos acadêmicos, o termo interseccionalidade foi introduzido por Kimberlé Crenshaw,

em 1986. Professora e defensora dos direitos civis, Crenshaw (2013) é uma das principais estudiosas da teoria crítica da raça e gênero. Atualmente, discute-se a implicação desse conceito no cotidiano, entendendo-o como a interseção de questões sociais e das diferentes formas de opressão, a partir de uma perspectiva que analisa as iniquidades (Collins; Bilge, 2021).

No Brasil, as mulheres conquistaram o direito ao voto em 1932, por meio do Decreto n.º 21.076. No entanto, esse direito não foi garantido a todas, pois a alfabetização era um requisito para a efetivação da participação democrática. Essa não era a realidade de muitas na época. Somente em 1985 houve a ampliação desse direito aos analfabetos. Cabe destacar que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2022, o Brasil contava com 11 milhões de analfabetos, sendo a maior porcentagem composta por pessoas negras, evidenciando a importância dos marcadores de raça e classe.

A escritora Maria Carolina de Jesus, mulher, negra e brasileira, nascida em Minas Gerais em 1914, retrata em suas obras o cenário da época repleto de desigualdades. Nos livros *Quarto de despejo* (1960), *Casa de Alvenaria* (1961), *Diário de Bitita* (1986) e *Meu estranho diário* (1996), Maria Carolina narra as lutas, superações e sofrimentos vividos por mulheres negras e da periferia.

O impacto de Maria Carolina de Jesus no cenário literário e social brasileiro é notável, pois rompe barreiras de classe, raça e gênero em um período historicamente marcado pela exclusão social de mulheres negras. Sua escrita é profundamente autêntica e politizada, expondo as contradições da sociedade brasileira no

que tange à desigualdade social e racial. É notável que, mesmo antes do termo interseccionalidade ser cunhado, suas obras já abordavam esse debate.

Entretanto, importa mencionar o epistemicídio que a autora sofreu, e apesar de um breve reconhecimento pela sua produção em vida, somente agora suas obras estão sendo valorizadas. Conforme Carneiro (2005), a produção de conhecimento por autoras negras é frequentemente apagada de maneira consciente, o que está diretamente vinculado ao racismo estrutural.

hooks (2018) salienta a importância de realizar a interseção entre raça, classe e gênero, pois nos debates feministas já se percebia que mulheres negras jamais alcançariam igualdade no patriarcado capitalista e racista. Nesse sentido, Curiel (2019) enfatiza a necessidade de integrar os saberes negros e indígenas nas epistemologias, reconhecendo que as práticas ancestrais são fundamentais para essa valorização. Na visão de Honneth (2009), “reconhecer” a identidade e subjetividade dos indivíduos ocorre por meio de processos sociais de intersubjetividade, que podem transcender as expectativas sociais.

Angela Davis, mulher negra e referência teórica importante no campo do feminismo negro, aborda a luta abolicionista nos Estados Unidos e as relações conflituosas entre abolicionistas e sufragistas (Paradis, 2020). Ela defende que compreender gênero, raça e classe é crucial para evitar a perpetuação dessas estruturas de opressão, ressaltando que, embora as pautas de luta possam ser individuais, elas são, acima de tudo, coletivas e vinculadas às trabalhadoras, às mulheres do campo e das cidades, às indígenas, operárias, bem como às mulheres

trans e travestis. Desta forma, se entende que o reconhecimento é fundamental para o debate, pois se relaciona diretamente com os conflitos sociais, especialmente quando o “reconhecer” não é alcançado.

Carla Akotirene é outra autora que se destaca nesses debates. Ativista brasileira, é reconhecida por seu trabalho centrado nos estudos de gênero, raça e interseccionalidade. Com uma formação multidisciplinar, Carla tem se destacado no campo dos estudos afro-feministas no Brasil, oferecendo uma perspectiva crítica e inovadora sobre as questões que afetam mulheres negras em contextos de opressão múltipla e simultânea. A interseccionalidade, termo já apresentado anteriormente, é considerado por ela como uma ferramenta analítica que busca compreender como diferentes sistemas de opressão – como racismo, sexismo, classismo e outros – se cruzam e interagem, gerando experiências únicas de marginalização. Em sua obra *O que é Interseccionalidade* (2019), explora a importância de se pensar a interseccionalidade também como uma ferramenta prática, capaz de promover transformações sociais.

A autora ainda adapta essa perspectiva para o contexto brasileiro, onde as desigualdades raciais, herdadas do colonialismo e da escravidão, constituem o racismo estrutural, que se manifestam de forma particular e desproporcional na vida das mulheres negras, em termos de acesso a direitos, oportunidades econômicas, educação e saúde.

VOZES DA LITERATURA NA LUTA PELOS DIREITOS REPRODUTIVOS

Iniciando pela obra *O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras*, de bell hooks, podemos enriquecer o

debate sobre direitos reprodutivos. Nele, a autora argumenta que privar as mulheres de seus direitos reprodutivos é uma forma de opressão sexista. hooks discute a interseccionalidade entre raça, classe e gênero, mostrando como essas dimensões influenciam a experiência feminina e sua luta por direitos. Essa perspectiva nos leva a refletir sobre como as políticas públicas (PP) são elaboradas, para quem são direcionadas e por quem são construídas. Nesse contexto, é fundamental reconhecer que as mulheres em espaços de poder legislativo são minorias que enfrentam diariamente a violência política de gênero, tornando a literatura uma ferramenta essencial para compreender e questionar essas dinâmicas.

Complementando essa discussão, a coletânea organizada por Manuela D'Ávila, *Sempre foi sobre nós: histórias de violência política de gênero no Brasil*, apresenta relatos impactantes de mulheres na política que sofreram diversas violências em seu ambiente de trabalho. Os textos ressaltam a fragilidade da democracia brasileira e como isso afeta os processos legislativos, bem como as relações desiguais de gênero ancoradas no machismo estrutural (D'Ávila, 2022). As histórias contadas são um testemunho do custo emocional e físico da participação política para as mulheres, revelando a urgência de se promover um ambiente seguro e inclusivo.

O debate sobre saúde reprodutiva e acesso a ela, com o poder de escolha, é uma temática central nas obras mencionadas. As feministas da década de 1960 jamais imaginaram que ainda estaríamos lutando por esses direitos, uma vez que os movimentos daquela época geraram uma revolução que tornou aceitável o uso de anticoncepcionais relativamente seguros. Nos Estados

Unidos, o direito a um aborto seguro e legal parecia garantido, e as mulheres presumiram que esses direitos não seriam questionados novamente. No entanto, ao observar o contexto brasileiro, percebemos que o aborto ainda é criminalizado e é um problema de saúde, necessitando pensarmos como as políticas públicas são construídas, para quem são e por quem são.

Segundo hooks (2018), a decisão de fazer ou não um aborto deve ser única e exclusiva da mulher, a dona de seu corpo, e pensando no movimento da quarta do onda do feminismo, isso vai ao encontro do movimento nas redes sociais nos últimos anos do “Meu corpo, minhas regras”. Contudo, socialmente, negam-se as liberdades sexuais e reprodutivas, criminalizando práticas e expressões dos corpos (Brandão *et al.*, 2021). Essa negação é central para entender as barreiras enfrentadas por mulheres na luta por seus direitos.

Destaca-se também o livro *As mulheres que ninguém vê: histórias de criminalização do aborto*, de Hanna Oliveira. Nesta obra, a autora apresenta a trajetória de mulheres criminalizadas por realizarem aborto, revelando um perfil majoritariamente de mulheres negras e periféricas. As narrativas expõem as desigualdades e vulnerabilidades que permeiam o acesso à saúde reprodutiva, tornando evidente que o aborto é um problema de saúde pública. As histórias destacam a questão de “quais mulheres merecem viver e quais devem morrer?” na perspectiva da necropolítica.

Ao final do livro, compreende-se que, no Brasil, abortam as mulheres que têm dinheiro; já outras, que não o têm, recorrem

a procedimentos inseguros e agressivos. Por conta disso, buscam os serviços de saúde, que realizam muitas vezes as denúncias, quebrando o principal pilar do atendimento – o sigilo profissional. A imposição de restrições legais ao aborto, portanto, interfere na autodeterminação das mulheres e perpetua a desigualdade de gênero e de raça, ao subordinar seus corpos e suas decisões a normas jurídicas e morais impostas pela sociedade.

Segundo Mbembe (2016), a necropolítica se reconfigura nas relações entre resistência, sacrifício e terror, demonstrando como o necropoder opera na sociedade contemporânea. Nesse contexto, as armas – assim como as palavras – são manipuladas em prol da destruição de um grupo populacional específico, evidenciando a necessidade de um debate literário que ilumine essas questões e promova mudanças significativas.

A literatura desempenha um papel fundamental na luta pelos direitos reprodutivos, ao oferecer não apenas um espaço para a reflexão crítica, mas também um meio para dar voz às experiências de mulheres que enfrentam opressões sistêmicas. Ao abordar a interseccionalidade, a violência política de gênero e a criminalização do aborto, esses textos iluminam a urgência de uma abordagem mais inclusiva e justa nas políticas públicas. Assim, a literatura se torna uma aliada poderosa na construção de um futuro em que os direitos reprodutivos sejam verdadeiramente respeitados e garantidos para todas as mulheres, independentemente de sua origem, raça ou classe social.

TRAVESTIS: VIOLÊNCIAS E RESISTÊNCIAS

Neste tópico, abordaremos a figura da travesti, representada pela letra T da sigla LGBTQIAPN+, focando especificamente na experiência de ser travesti, sem nos aprofundar nas perspectivas de mulheres trans. Para Souza (2015), as violências físicas e simbólicas afetam o cotidiano das travestis, abrangendo espaços que deveriam ser de acolhimento, como a família, espaços de ensino, delegacias e serviços de saúde, mas que, na prática, funcionam como locais de exclusão e silenciamento.

Reconhecendo a vulnerabilização social a que são expostas, e a importância de existirem espaços de acolhimento, fazemos menção aqui a um alojamento para travestis, que existiu em um município da região central do Rio Grande do Sul. Infelizmente, a travesti que o organizou, idealizou e coordenou durante anos, foi brutalmente assassinada em 2019. Ela foi uma das cinco travestis vítimas de crimes de ódio no município, perpetrados pela intolerância e LGBTfobia. Sua trajetória deve ser lembrada como uma mulher que enfrentou violências em casa, na escola e nas ruas, mas que, após muita luta, conseguiu adquirir sua casa em um bairro periférico e começou a acolher travestis que vivenciavam situações semelhantes.

Essas vítimas são reflexo de uma sociedade doente e LGBTfóbica, e é alarmante que a sequência de assassinatos não tenha recebido a devida atenção na notificação oficial (Souza *et al.*, 2021). Além disso, a violência se perpetua mesmo após a morte, com comentários cruelmente desumanizantes sobre as vítimas.

Judith Butler (2019), em seu livro *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*, argumenta que o gênero não é uma

essência fixada pelo corpo ou pelo sexo biológico, mas uma construção performativa e que reforça estruturas heteronormativas. Em trabalhos e entrevistas posteriores defendeu abertamente a luta de pessoas trans – aqui citadas com a identidade de gênero travesti –, enfatiza que as pessoas trans expõem as limitações das normas de gênero e mostram que o gênero pode ser uma escolha legítima e autônoma.

Em suma, a realidade das travestis revela a intersecção de violências estruturais que permeiam suas vidas, evidenciando a urgência de uma reflexão crítica e de ações concretas para combatê-las. É fundamental que a sociedade reconheça e valorize a diversidade de identidades e expressões, promovendo um ambiente onde todas as vozes, como as das travestis, sejam ouvidas e respeitadas, contribuindo para a construção de uma sociedade justa, aliada à luta por justiça social.

CONSIDERAÇÕES (NÃO FINAIS)

Ao refletir sobre o apresentado, percebemos que a luta feminista está em constante evolução, adaptando-se e fortalecendo em resposta às mudanças sociais. Destacar a articulação por meio da interseccionalidade e o reconhecimento das múltiplas opressões é essencial para a construção de políticas públicas em saúde mais inclusivas e eficazes. O movimento feminista, especialmente na quarta onda, tem exposto à urgência de práticas inclusivas que enfrentem desigualdades estruturais em raça, classe e gênero, alinhando-se aos objetivos de uma Saúde Coletiva que se preocupa com a determinação social e que promova a equidade.

No Brasil, as políticas públicas que trabalham a saúde feminina e direitos reprodutivos enfrentam um cenário desafiador, especialmente com o fortalecimento de discursos conservadores. Esse contexto não apenas limita avanços legislativos, mas também agrava as violências contra corpos femininos. A interseccionalidade assume um papel central nesse contexto: para que uma política seja realmente eficaz, é imprescindível reconhecer as múltiplas opressões e os diversos contextos vividos por mulheres, sejam elas trans ou cis. A construção de uma sociedade justa demanda políticas que promovam segurança e acesso equitativo à saúde. No entanto, isso só será possível ao enfrentar as raízes da violência e o conservadorismo, profundamente entrelaçados com as estruturas do capitalismo. Dessa forma, ao refletirmos sobre a luta feminista e sua relação com a Saúde Coletiva, compreendemos que, para avançar na direção de políticas públicas eficazes, é necessário reconhecer e proteger a diversidade das vozes que compõem o movimento feminista. Finalizo o manuscrito resgatando o que a professora Aline Blaya que disse em aula “A nossa saúde é coletiva, e a nossa atenção deveria ser básica”. Assim, que nossa saúde seja construída nos coletivos de mulheres para mulheres, e feita na base dos nossos diversos territórios, que tem força feminina.

REFERÊNCIAS

ABREU, Z. Luta das mulheres pelo direito de voto: movimentos sufragistas na Grã-Bretanha e nos Estados Unidos. **ARQUIPÉLAGO-Revista da Universidade dos Açores**, [s.l.], p. 443-469, 2002.

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. [S.]: Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.

BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. da S. Juventude, gênero e justiça reprodutiva: iniquidades em saúde no planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2673-2682, 2021.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. [S.l.]: Editora José Olympio, 2018.

CARNEIRO, A. S. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. Boitempo Editorial, 2021.

CRENSHAW, K. W. Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. In: **The public nature of private violence**. Routledge, p. 93-118, 2013.

CURIEL, O. Construindo metodologias feministas desde o feminismo decolonial. In: HOLLANDA, E. B. **Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020.

D'AVILA, M. **Sempre foi sobre nós: histórias de violência política de gênero no Brasil**. [S.l.]: Rosa dos Tempos, 2022.

FREIRE, P. Carta de Paulo Freire aos professores. **Estudos Avançados**, [s. l.], v. 15, n. 42, p. 259-268, 2001.

GILMAN, C. P. **O papel de parede amarelo**. São Paulo: José Olympio Editora, 2016.

HONNETH, A. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. São Paulo: Editora 34, 2009.

hooks, b. **Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade**. 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2017.

hooks, b. **O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras**. [S.l.]: Rosa dos tempos, 2018.

MARTINS, A. P. A. O Sujeito “nas ondas” do Feminismo e o lugar do corpo na contemporaneidade. **Revista Café com Sociologia**, [s.l.], v. 4, n. 1, p. 231-245, 2015.

MBEMBE, A. Necropolítica. **Arte & ensaios**, [s.l.], v. 2, n. 32, p. 122-151, 2016.

MONTEIRO, K. F.; GRUBBA, L. S. A luta das mulheres pelo espaço público na primeira onda do feminismo: de suffragettes às sufragistas. **Direito e desenvolvimento**, [s.l.], v. 8, n. 2, p. 261-278, 2017.

MORAES NOGUEIRA, C. *et al.* Situações e repercussões da violência doméstica na saúde das mulheres. **Revista Enfermagem Contemporânea**, [s. l.], v. 10, n. 2, p. 272-279, 2021.

PARADIS, C. G. A tradução do pensamento de Angela Davis para o Brasil: por uma história das origens interseccionais do feminismo. **Cadernos Pagu [online]**, [s.l.], n. 58, p. e205818, 2020.

PARDINI, R. J.; RIBEIRO, M. A. C. Psicanálise e feminismo. **Trivium-Estudos Interdisciplinares**, [s.l.], v. 13, n. SPE, p. 63-69, 2021.

PEREIRA, C. F. Conexões entre os movimentos Feminista e LGBT no Brasil. **Caderno Espaço Feminino**, Uberlândia, v. 31, n. 1, 2018.

PEREZ, O. C.; RICOLDI, A. M. A quarta onda feminista: interseccional, digital e coletiva. [S.l.]: **X Congresso Latino-americano de Ciência Política (ALACIP)**, 2019.

SILVA, J. P. A.; DO CARMO, V. M.; RAMOS, G. B. J. R. As quatro ondas do feminismo: lutas e conquistas. **Revista de Direitos Humanos em Perspectiva**, [s.l.], v. 7, n. 1, p. 101-122, 2021.

SOUZA, E. **A carta da escrava Esperança Garcia do Piauí**: uma narrativa precursora da literatura afro-brasileira. Belo Horizonte: Literafro/UFMG, 2021.

SOUZA, M. H. T. de *et al.* Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 31, p. 767-776, 2015.

SOUZA, M. H. T. de *et al.* Violência pós-morte contra travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 37, 2021.

WOITOWICZ, K. J. A resistência das mulheres na ditadura militar brasileira: imprensa feminista e práticas de ativismo. **Estudos em Jornalismo e Mídia**, Florianópolis, v. 11, n. 1, p. 104-117, 2014.

SOBRE AS/OS ORGANIZADORAS/ES

Jaqueline Miotto Guarnieri

Psicóloga, especialista em Saúde da Família e Comunidade/Atenção Básica (UFFS), e mestre em Saúde Coletiva (UFRGS).
E-mail: jaquemguarnieri@gmail.com

Luciane Maria Pilotto

Professora adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atual coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. Sanitarista (ESP/RS), mestre e doutora em Saúde Bucal Coletiva (UFRGS). Cirurgiã-dentista, pesquisadora, extensionista. Mãe, mulher, militante social.

Alexandre Fávero Bulgarelli

Cirurgião Dentista. Professor Associado da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol) e Professor do Programa de Pós-Graduação em Odontologia (PPGodo) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Saúde na Comunidade e Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP).



Aline Blaya Martins

Doutora em Odontologia (UFRGS), docente do PPGCol/UFRGS.

Carolina Araújo Londero

Enfermeira. Licenciada para educação profissional. Mestranda em Saúde Coletiva (UFRGS). Atualmente desenvolve pesquisas sobre ações afirmativas na pós-graduação. Lutando por uma universidade para todes.

Guilherme Lamperti Thomazi

Doutorando em Saúde Pública na Universidade de São Paulo (USP). Mestre e especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Larissa Goni Murussi

Trabalhadora da atenção básica do SUS. Pós-graduanda em Saúde Coletiva na UFRGS. Residência em Pediatria na PUCRS. Graduação em Medicina pela UFRGS

Renata Riffel Bitencourt

Dentista, trabalhadora da atenção básica do SUS, especialista em Saúde da Família e Comunidade e mestre em Saúde Coletiva (UFRGS). E-mail: renatariffel@gmail.com

SOBRE AS/OS AUTORAS/ES

Adriana Roese Ramos

Enfermeira, mestre e doutora em Enfermagem pela UFRGS. Professora associada II, do Curso de Enfermagem DAOP / EENFSC / UFRGS.

Alcindo Antônio Ferla

Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul; professor do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: ferlaalcindo@gmail.com.

Aline Blaya Martins

Professora doutora da Pós-graduação em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Alessandra Porto d'Ávila

Enfermeira pela UFRGS e mestranda em Enfermagem, com foco em Saúde Mental. Bolsista do Projeto Mais Saúde como agente e voluntária no SUSStentaPICS da UFRGS.

Amanda Ferreira de Carvalho

Psicóloga. Mestranda em Saúde Coletiva (UFRGS)

Anahí da Silva da Cunha Guimarães

Graduada em Ciências Sociais e especialista em Segurança Pública, Cidadania e Diversidade pela UFRGS. Assistente em administração na UFRGS.

Andrei Fernandes da Rocha

Graduado e mestre em Saúde Coletiva. Consultor técnico na Secretaria de Atenção Especializada do Ministério da Saúde.

Bruna dos Passos Gimenes

Enfermeira mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. Pesquisadora no Hospital da Criança de Brasília José Alencar.

Carolina Araujo Londero

Enfermeira. Licenciada para educação profissional. Mestranda em Saúde Coletiva (UFRGS). Atualmente desenvolve pesquisas sobre ações afirmativas na pós-graduação. Lutando por uma universidade para todes.

Cíntia Rigotto Silveira

Sanitarista (UFRGS), especialista em Saúde Coletiva (UFRGS) e mestranda em Saúde Coletiva (UFRGS).

Cláudia Rodrigues de Oliveira

Mestra em Saúde Coletiva; SMS, Porto Alegre.

Cléia Saionara Hoffmann

Graduada em Turismo pelo Centro Universitário Metodista (2014) e especialista em Administração Pública e Gerência de Cidades. Assistente em administração na UFRGS.

Cristiane da Silva Cabral

Professora Associada do Departamento Saúde e Sociedade da Faculdade de Saúde Pública da USP (FSP-USP). Possui bacharelado em Psicologia, formação de Psicólogo e residência em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestrado (2002) e Doutorado (2011) em Saúde Coletiva (área de concentração em Ciências Humanas e Saúde) pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Fez estágio doutoral no INED (Institut National d'Études Démographiques) - França. Tem pós-doutorado pelo Núcleo de Estudos de População (NEPO) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Cristianne Maria Famer Rocha

Doutora em Educação; Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Deise Lisboa Riquinho

Doutora em Saúde Pública; Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Fernanda Carlise Mattioni

Doutora em Enfermagem; Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Frederico Vianna Machado

Doutor em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Gabriela Tizianel Aguilár

Médica formada pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Secretaria de Saúde de Porto Alegre. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Geisa Neutzling de Moraes

Nutricionista, mestra em Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Guilherme Lamperti Thomazi

Doutorando em Saúde Pública na Universidade de São Paulo (USP). Mestre e especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Hevelyn Rosa

Pós-doutoranda na Faculdade de Saúde Pública (USP) com bolsa FAPESP (processo 2023/13347-0). Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2021), mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense (2015), especialização em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo (2013) e graduação em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista (2009).

Igor Sastro Nunes

Assistente Social formado pela Universidade Federal de Santa Maria. Especialista em Saúde Mental ESP/RS, e especialista em Psicoterapia em Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio.

Jaqueline Miotto Guarnieri

Psicóloga, especialista em Saúde da Família e Comunidade/Atenção Básica (UFFS), e mestre em Saúde Coletiva (UFRGS).
E-mail: jaquemguarnieri@gmail.com

Jessica da Silveira Saldanha

Acadêmica de Enfermagem na UFRGS.

Jésio Zamboni

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

Joel Hirtz do Nascimento Navarro

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

José Gabriel Ferroni Leão

Enfermeiro pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Luciane Maria Pilotto

Professora adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atual coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. Sanitarista (ESP/RS), mestre e doutora em Saúde Bucal Coletiva (UFRGS). Cirurgiã-dentista, pesquisadora, extensionista. Mãe, mulher, militante social.

Maria Angélica Carvalho Andrade

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

Maria Luíza Lucas dos Santos

Doutoranda de Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Maíra Brandli Oliveira

Sanitarista. Mestranda em Saúde Coletiva (UFRGS).

Melissa Lemes Maia

Acadêmica de Enfermagem na UFRGS.

Milena Basso

Assistente Social formada pela Universidade Luterana do Brasil – ULBRA/Canoas. Pós-graduanda em Saúde Mental Coletiva pela Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul.

Nathália Pacífico de Carvalho

Doutoranda em Saúde Pública na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), mestre em Saúde Pública pela UFMG (2020) e graduada em Farmácia (2017) pela mesma instituição.

Rose Mari Ferreira

Doutora em Saúde Coletiva pela UNISINOS/RS; mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul; especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do RS – Campus Alvorada; graduada em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica do RS. E-mail: rosemariferreira344@gmail.com.

Samara Fernandes da Cunha Lemes da Abadia

Sanitarista mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. Consultora técnica na Secretaria de Atenção Especializada do Ministério da Saúde.

Stela Nazareth Meneghel

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1977), especialização em Saúde Pública (FIOCRUZ, 1978), mestrado em Medicina: Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1989), doutorado em Medicina: Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1996) e pós-doutorado em Psicologia Social (Universidad Autónoma de Barcelona - UAB, 2005-6). Professora visitante da Universidade da Costa Rica (2010 e 2014). Coordenou o PPG Saúde Coletiva UFRGS (2016-2018) e o Mestrado Profissional em Saúde da Família (2019-2022). Professora colaboradora da Cooperação Brasil-Cuba-Haiti (2012-2016). Bolsista Produtividade CNPq (2005-2022). Professora associada da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2010-2023). Professora permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (UFRGS-FIOCRUZ) e do PPG Saúde-Coletiva-UFRGS. Professora da Pós-graduação em Saúde Coletiva (UNICA-Nicarágua).

Tácia Borges de Oliveira Miller

Advogada (OAB/RS 111.052), especialista em Administração Pública Contemporânea e mestranda em Saúde Coletiva pela UFRGS.

Thayane Regina Gonçalves

Graduada em Educação Física pela UFRGS, com pesquisas em História do Esporte e técnico-administrativa da UFRGS.

Vilma Constancia Fioravante dos Santos

Enfermeira pela UNIPAMPA, mestre e doutora em Enfermagem UFRGS. Professora adjunta do Curso de Enfermagem do DAOP / EENFSC / UFRGS.

ÍNDICE REMISSIVO

C

Cidadã brasileira 11

Cidadania 7, 11, 37, 45, 49, 90, 108, 267

D

Discriminação 12, 23, 41, 46, 56, 91, 98, 102, 111, 112, 113, 114, 155, 167, 168, 172, 176, 214, 215, 241, 249, 251, 259

Diversidade 162, 180, 233, 239, 280, 307

E

Envelhecimento populacional 38

G

Gênero 11, 12, 13, 15, 21, 23, 27, 29, 36, 40, 41, 43, 44, 48, 49, 50, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 61, 62, 64, 65, 67, 70, 71, 73, 77, 78, 90, 91, 94, 97, 98, 99, 100, 103, 105, 108, 111, 112, 113, 115, 116, 119, 121, 123, 125, 135, 153, 155, 163, 168, 169, 170, 178, 179, 181, 234, 235, 236, 238, 244, 259, 276, 286, 290, 291, 293, 294, 295, 296, 298, 299, 300, 302

Gravidez na adolescência 7, 8, 97, 119

I

Interseccionalidade 13, 14, 15, 21, 23, 40, 81, 90, 98, 102, 107, 109, 111, 114, 224, 227, 229, 248, 291, 292, 294, 295, 296, 298, 300, 301

L

Luta 15, 19, 20, 22, 24, 70, 89, 96, 183, 184, 205, 214, 237, 258, 263, 272, 283, 287, 289, 290, 291, 292, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302

M

Migração 20, 267, 269, 277, 283, 286

Mortalidade Materna 7, 81

P

Pesquisa 12, 20, 56, 57, 58, 65, 73, 78, 88, 96, 146, 147, 148, 153, 155, 157, 167, 168, 169, 205, 206, 214, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 230, 232, 234, 236, 243, 245, 246, 247, 250, 258, 268, 270, 271, 272, 281, 283, 284, 292

R

Racismo 13, 19, 20, 21, 86, 92, 113, 155, 223, 224, 225, 227, 228, 229, 230, 234, 236, 238, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 264, 266, 278, 281, 282, 284, 294, 295

Resistência 12, 16, 67, 184, 185, 214, 224, 257, 263, 290, 298, 303

S

Saúde coletiva 5, 11, 21, 238, 258, 269

Saúde mental 131, 139, 197, 262

Sofrimento 16, 17, 20, 132, 133, 150, 166, 172, 175, 177, 178, 179, 187, 188, 189, 191, 197, 198, 219, 247, 249, 252, 253, 257, 275, 279, 284, 303

SUS 56, 68, 69, 70, 73, 76, 77, 78, 79, 87, 95, 96, 139, 169, 170, 179, 180, 200, 201, 202, 203, 242, 254, 256, 258, 260, 263, 265, 268, 269, 270, 279, 281, 305

T

Travestis 12, 28, 29, 30, 31, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 53, 56, 57, 59, 63, 68, 73, 76, 77, 78, 169, 291, 292, 295, 299, 300, 303

V

Violência sexual 16, 17, 125, 141, 142, 144, 145, 146, 147, 148,
149, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 161, 162, 163
Vulnerabilidade 43, 65, 66, 97, 98, 100, 101, 103, 105, 109, 113,
114, 132, 143, 152, 154, 155, 160, 174, 189, 196, 229, 258, 267,
268



ISBN 978-65-5462-169-4



9 786554 162169 4

