

**A abordagem da saúde sexual e afetiva de mulheres negras pelo
médico de família e comunidade: um relato de experiência.**

Lorraine Trindade Bandoli

RIO DE JANEIRO

2023

Lorraine Trindade Bandoli

A abordagem da saúde sexual e afetiva de mulheres negras pelo médico de família e comunidade: um relato de experiência

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, como requisito parcial para obtenção do título de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade na FCM-UERJ.
Orientadora: Gabriela Pereira Barreira

RIO DE JANEIRO

2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço pela minha saúde física e mental e pela coragem de escutar meu coração e realizar uma nova residência médica.

Gratidão à minha família, em especial aos meus pais e irmãos por serem pessoas que me incentivam sempre nas minhas escolhas e serem minha base de vida.

Gratidão ao meu companheiro de jornada, pela nossa parceria diária e por todo seu acolhimento durante o meu processo de residência.

Agradeço às muitas mulheres negras que vieram antes de mim, que lutaram e resistiram das mais diversas formas, para que eu hoje pudesse estar aqui.

Agradeço também a cada paciente que abriu sua vida, coração e casa para mim;

Agradeço à minha orientadora, por além de ter sido uma inspiração, ter segurado a minha mão nesse processo de escrita.

Gratidão à toda equipe de trabalhadoras e trabalhadores CMS Salles Netto, local de muito aprendizado pessoal e profissional, em especial a minha equipe Escondidinho, no qual pude me formar médica de família e comunidade, juntamente com a UERJ.

Gratidão aos meus colegas de formação, que se tornaram meus amigos nesses 2 anos de convivência com muita parceria, luta e acolhimento.

Gratidão ao SUS e à medicina de família e comunidade que acredita em uma saúde gratuita, acolhedora e de qualidade na direção da construção de uma sociedade com mais equidade.

RESUMO

Mulheres negras são a maioria em nosso país, por isso, ao pensarmos sobre saúde integral para mulheres precisamos considerar diversos conceitos trazido pelo feminismo negro. Visto que, são mulheres acometidas pelo racismo, patriarcado e capitalismo, alicerces estes de uma estrutura que transpassa e marginaliza mulheres negras no ramo de suas relações sexuais e afetivas. Esse é um trabalho de conclusão de residência em Medicina de Família e comunidade da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, que tem como objetivo refletir sobre o papel do médico de família e comunidade, frente a abordagem integral da sexualidade de mulheres negras para uma prática antirracista e de combate às violências institucionais a partir de um relato de experiência de uma médica de família e comunidade atuando na atenção primária à saúde em uma comunidade no Rio de Janeiro.

Palavras-chave: "sexualidade", "atenção primária à saúde" e "mulheres negras"

ABSTRACT

Black women are the majority in our country, so when we think about integral health for women, we need to consider several concepts brought by black feminism. Because they are affected by racism, patriarchy and capitalism, foundations of a structure that permeates and marginalizes black women in the field of their sexual and affective relationships. This is a residency completion work in Family and Community Medicine at the State University of Rio de Janeiro, which aims to reflect on the role of the family and community doctor, in view of the integral approach to the sexuality of black women for an anti-racist practice and combating institutional violence based on an experience report of a family and community doctor working in primary health care in a community in Rio de Janeiro.

Keywords: “sexuality”, “primary health care” and “black women”

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

APS Atenção Primária à Saúde

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MCCP Método Clínico Centrado na Pessoa

MFC Medicina de Família e Comunidade

OMS Organização Mundial de Saúde

PRMFC Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade

PNSIPN Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

SUS Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVOS	10
3. METODOLOGIA	11
4. RELATO DE EXPERIÊNCIA	12
5. DISCUSSÃO E RESULTADO	15
6. CONCLUSÃO	23
7. REFERÊNCIAS	24
ANEXOS	28

1 INTRODUÇÃO

Em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS), designou a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade. No contexto brasileiro, a Constituição de 1988 considera a saúde um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1990). Para garantir esse direito, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que se baseia em três princípios: universalidade, equidade e integralidade. A criação do SUS foi indiscutivelmente uma grande conquista democrática. A saúde é assim apresentada como um valor coletivo, um bem de todos, considerada um direito social, inerente à condição de cidadania, que deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconômica. Para garantir tal direito dentro do SUS, definiu-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) seria a porta de entrada do usuário no serviço de saúde. Segundo Bárbara Starfield (2002), a APS baseia-se em atributos e competências, divididos em quatro atributos essenciais: acesso (ou primeiro contato), coordenação do cuidado, longitudinalidade e integralidade; além dos atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é a especialidade médica que tem sua atuação na APS. Em oposição ao modelo biomédico e hospitalocêntrico, faz contraposição ao paradigma hegemônico, centrado na pessoa e não na doença. A especialidade tem como propósito a proposta de um novo modelo biopsicossocial, ao abordar o binômio saúde-doença como um processo condicionado pelo entrelaçamento de fenômenos biológicos, psicológicos e sociais (ANDERSON, 2002). Para que a especialidade seja centrada na pessoa e não na doença, o método clínico centrado na pessoa (MCCP) é uma ferramenta fundamental para que a hierarquia médico-paciente seja quebrada, já que o poder na relação e as escolhas são compartilhadas (STEWART et. al, 2017). O processo de formação da especialidade é orientado por um currículo baseado nas competências, para qualificação e fortalecimento do processo de formação. Dentre elas está a formação em sexualidade (ANEXO 1), lugar em que o MFC deve lidar com seus pré-conceitos de modo a não influenciar de forma negativa as pessoas sobre seus cuidados.

Os indicadores de saúde, quando cruzados com as características socioeconômicas, revelam a importante relação entre saúde, seus determinantes sociais e a organização do sistema de saúde. Nos atendimentos ofertados pelo SUS, a população negra representa 67%, e a branca, 47,2% do público total atendido. (IPEA, 2017)

Dentre os atendimentos realizados pelo SUS, no contexto da APS, as queixas relacionadas à sexualidade e saúde sexual são problemas comuns dentro do cotidiano de trabalho. Segundo estudos, os números estão entre 25% a 63% das mulheres (DUNN,

JORDAN, CROOF E ASSENDELFT, 2002). No Brasil, mais de 50% das mulheres referem apresentar ao menos uma disfunção sexual específica ao longo da vida (ABDO, 2004).

O racismo, o patriarcado e a opressão de classe são pilares de uma estrutura que atravessa, segrega e marginaliza mulheres negras no ramo de suas relações e afetividades. Sob a ótica do mito da democracia racial que vivemos no Brasil, a APS e a MFC devem analisar medidas que não silenciem ou inviabilizem as iniquidades em saúde vivenciadas pela população negra brasileira e os impactos do racismo no processo de saúde e adoecimento. (BARREIRA, 2022)

Sendo assim, é importante trazer para essa discussão conceitos que abordam essa interseccionalidade e a história que percorremos para chegar até a construção de uma identidade brasileira, pautada na ideia de miscigenação como algo positivo e que teve como consequência o mito da democracia racial (CARNEIRO, 2003).

Acima de tudo, é fundamental ressaltar que na academia alguns trabalhos de intelectuais negras ressaltam o pensamento colonial das relações com a hipersexualização da mulher negra (CARNEIRO, 1995; GONZALEZ, 1982, 1984; NASCIMENTO, 1990). Entretanto, existem poucas publicações brasileiras dedicadas exclusivamente a questões referentes a gênero, raça, afetividade e sexualidade. Trabalhos estes, ligados a área da sociologia ou psicologia, raramente associada a saúde sexual das mesmas.

Mostra-se, assim, necessário compreender que as narrativas das mulheres negras não são casos isolados. Entretanto, ao procurar dados específicos que nos mostrem a realidade da sexualidade e queixas sexuais em mulheres negras, esses dados não são encontrados nos principais sites de busca.

A autora deste trabalho, ao se entender enquanto mulher negra, médica, realizando uma nova especialização em uma comunidade localizada em área central do município do Rio de Janeiro, pode experimentar diversas inquietações no ramo da saúde sexual e afetiva de muitas mulheres negras. Nesse mérito, há pouca indagação e questionamento nas consultas sobre como se encontra a afetividade e saúde sexual dessas mulheres.

Ao começar a indagá-las sobre esse tema, diversos conceitos como o preterimento vivido durante a infância, adolescência e vida adulta, solidão da mulher negra e sua objetificação, sobrecarga materna, violência doméstica entre outros foram expostos em forma de relatos. Dessa forma, a autora pode conhecer e entrar na vida de algumas dessas mulheres e se questionar em como o feminismo negro e o MCCP poderiam juntos entrar na consulta e prática clínica, para que fosse possível realizar uma abordagem saudável e racializada dessas mulheres. Este trabalho é um relato de experiência que visa exemplificar como tais contextos podem influenciar no cuidado ofertado a essas mulheres e discutir questões pertinentes à saúde sexual e afetiva de mulheres negras.

OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Refletir sobre o papel do MFC frente a abordagem integral da sexualidade de mulheres negras para uma prática antirracista e de combate às violências institucionais.

2.2 Objetivos específicos:

Discutir como o racismo afeta a sexualidade de mulheres negras;

Trazer conceitos do feminismo negro para a discussão acerca da prática do MFC na abordagem da sexualidade de mulheres negras;

Apresentar um olhar racializado para que o MCCP se torne uma ferramenta para a abordagem específica da sexualidade de mulheres negras.

METODOLOGIA

O presente trabalho é um relato de experiência realizado por uma residente do segundo ano do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, atuante na Atenção Primária à Saúde em uma comunidade localizada na área central do município do Rio de Janeiro. O relato de experiência versa sobre a experiência da autora vivenciada ao longo dos dois anos da residência médica no atendimento de mulheres negras e utiliza esta metodologia para discutir como o racismo afeta a sexualidade de mulheres negras.

O relato de experiência é um tipo de produção de conhecimento, cuja produção descreve uma vivência acadêmica e/ou profissional, e seu aspecto mais marcante. É a descrição da intervenção, cientificamente embasada e criticamente reflexiva, na qual contribui para o desenvolvimento do conhecimento na formação do sujeito e na transformação social (MUSSI, FLORES, ALMEIDA, 2021). O relato de experiência objetiva discutir e apresentar críticas sobre intervenções e práticas científicas a partir da perspectiva acadêmica, por meio da aplicação crítica-reflexiva com apoio teórico-metodológico com a descrição da experiência vivida. A aposta em relato de experiência fundamenta-se nas proposições de Mussi, Flores e Almeida (2021), que afirmam ser esta uma forma de “compreender fenômenos de possibilidades interventivas (...) auxiliar na formação acadêmica, e também na profissional” (MUSSI, FLORES, ALMEIDA, 2021).

O levantamento de dados, revisão bibliográfica e embasamento teórico foram realizados por meio das seguintes plataformas: Google Acadêmico e Pubmed pelos seguintes descritores: "sexualidade", "atenção primária à saúde" e “mulheres negras”.

4 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Logo nos primeiros atendimentos, após a chegada na equipe de residência, em 2021, a autora deste relato de experiência já falava para os preceptores que tinha o apreço por consultas de saúde mental e saúde da mulher. Nos turnos reservados para o atendimento de Saúde da mulher no primeiro ano de residência, a mesma deparou-se com diversas queixas sexuais e afetivas de muitas mulheres. Entretanto, foi a partir de discussões fora da grade curricular, com um grupo de leitura online do qual fazia parte, sobre a discussão de feminismo, que o termo e concepção de feminismo negro entrou em sua vida. Tempos depois, participou da oficina “A sua consulta tem cor?”, ministrada pelos membros do Coletivo Negrex (coletivo este de médicos e estudantes negros, do qual a autora passou a fazer parte mais para frente).

Esses estudos, juntamente com a leitura do livro “Por um cuidado integral em saúde das mulheres negras: as narrativas das mulheres negras que o método clínico centrado na pessoa não (dá) conta” (BARREIRA, 2022) fizeram a autora deste trabalho compreender a importância de racializar as consultas e atendimentos. Já no segundo ano de residência, ao realizar um estágio eletivo em saúde sexual, a mesma pode observar, na clínica, o quanto as demandas dessas mulheres eram invisibilizadas, sendo o consultório mais um espaço de manutenção do racismo estrutural. O desejo por aprofundar esses questionamentos motiva a escrita deste relato de experiência. A fim de tornar mais palpáveis as questões a serem discutidas neste trabalho, a autora opta por trazer pequenos relatos de algumas consultas realizadas durante a residência para explicitar tais processos. Vale ressaltar que, a fim de preservar a identidade das pacientes, os nomes apresentados são fictícios e características que pudessem identificá-las, foram substituídas e/ou omitidas.

RELATO 1

Logo no início da residência, chegou para atendimento como demanda espontânea de uma mulher jovem, com 19 anos, preta de tez escura, com 1,76m e cabelos crespos curtos, cuja queixa principal identificada no primeiro contato de acolhimento na unidade foi “deseja iniciar tratamento de ansiedade”, sua irmã já fazia acompanhamento na unidade pela mesma causa.

Dandara* foi acolhida pela residente, autora deste relato, e contou que havia sofrido um assédio há menos de 1 ano, enquanto se deslocava para o trabalho, no extremo da Zona Oeste do município do Rio de Janeiro. Diariamente, utilizava transporte público (trem e

ônibus), até que um dia foi assediada sexualmente. Contava ainda que não havia sido a primeira vez, mas que aquela "havia sido a gota d'água". Quando veio para a consulta, já estava tomando medicação psicotrópica que o psiquiatra particular receitou e estava afastada do trabalho e recebendo auxílio-doença, devido às crises de ansiedade.

Para entender melhor sua rede de apoio, a residente perguntou com quem morava e se relacionava, a fim de construir genograma e ecomapa, ferramentas utilizadas na abordagem familiar pelo MFC. Dandara informou que morava com a mãe, duas irmãs (uma mais nova e outra mais velha), duas tias e duas primas e chamou seu lar de "a casa das 7 mulheres". Praticamente todas essas mulheres estavam solteiras e sem companheiros, apenas uma estava em um relacionamento heterossexual estável de início recente.

Ao perguntar sobre seu pai, Dandara disse que era bem afastada do mesmo e, assim como suas primas, ninguém falava direito com os pais. Ao perguntar sobre companheiros, disse que nunca tinha "namorado sério, só ficava com alguns caras" e que depois de todo o ocorrido, não queria se relacionar mais com ninguém.

RELATO 2

Tereza*, 34 anos, mulher, preta, solteira, heterossexual, vem para consulta para retomar seu acompanhamento. Ela trabalha em uma empresa de depilação, cerca de 12h por dia, devido ao impacto na remuneração comissionada e por isso estava sem tempo para si. Tereza diz ser hipertensa há 20 anos, conta que "aos 14 anos sua pressão aumentou, assim que sua mãe morreu e nunca mais voltou ao normal". Reforça também que está com muito medo, pois seu exame preventivo de câncer de colo de útero apresentou uma alteração e que estava acompanhando em hospital terciário, mas perdeu a consulta, devido ao falecimento de seu único irmão, aos 38 anos, por morte súbita. Este irmão sustentou a ela e seu filho quando mais precisaram, ao ser abandonada pelo seu ex-marido e pai do filho.

Conta ainda que o ex-marido, que atualmente não paga a pensão alimentícia do filho, não tem contato com o mesmo há anos. Traz que, durante esse relacionamento que durou 2 anos, projetou que iria conseguir construir uma família. Quando o fim da relação chegou, narra que sentiu muita vergonha. E diz "quando eu finalmente achei um homem que iria me querer, casar comigo e formar uma família... depois de tudo que escutei que ninguém ia me amar... como eu ia contar para eles que fracassei? Como contar que eles estavam certos?" Tereza então, conta sobre uma relação cercada de violência psicológica.

Atualmente, Tereza não está em um relacionamento afetivo e sexual, situação que perdura há mais de 3 anos. Tereza questiona "quem vai me querer? Já que ainda sou gorda

e feia?” . Nesta consulta, foi construído então, uma árvore dos problemas a fim de promover uma reflexão conjunta pela desculpabilização do sofrimento vivenciado (ANEXO 2).

Naquele momento, este pareceu ser um relato isolado, entretanto, após mais 1 ano de atendimentos, foi possível notar que muitas mulheres, principalmente pretas e retintas, vivendo naquela comunidade, passam por situações semelhantes à de Tereza.

RELATO 3

Ivone*, 38 anos, mulher, preta, viúva, heterossexual, vem para consulta pois está muito preocupada com sua filha mais nova, Carolina*, de 14 anos. Diz que a mesma “foi parar na UPA, pois havia convulsionado”. No atendimento em unidade de urgência, foi informada de que não tinha sido uma convulsão, mas sim uma crise de ansiedade e orientaram procurar a clínica da família. Ivone concordou com a hipótese do médico de plantão, já que ela e as duas filhas estavam conversando pela primeira vez sobre o falecido marido, pai das meninas.

Depois de trazer o assunto para a consulta, Ivone comenta que o falecido marido foi o “único amor que conseguiu em sua vida”, e que desde sua morte, há 7 anos, não teve relacionamento afetivo e sexual com mais ninguém. Ao ser questionada sobre o motivo e se ela estava bem com isso, ela responde: “normal, sempre foi assim mesmo, olha pra mim...”, diz ao mexer em seus óculos com lentes pesadas e passar a mão por seus cabelos alisados. Ivone dizia que seu foco agora era só formar a filha mais velha em psicologia e que a mais nova ficasse bem. “ E eu vou só vivendo sabe doutora”.

5 DISCUSSÃO

Para entender um pouco sobre a história da população negra no Brasil, faz-se necessário salientar o contexto que culminou na diáspora africana. A exploração de colônias, advindas das “grandes navegações” pelos povos europeus resultou no sequestro e escravidão de milhões de homens, mulheres e crianças, para suplantarem a lógica capitalista da época (ROSA, 2020).

Ao trazer para a realidade carioca, tem-se que, no século XVIII, o Rio de Janeiro tornou-se o maior local de desembarque compulsório e distribuição de pessoas escravizadas do Brasil, sendo o Cais do Valongo o maior porto de desembarque nas Américas. Estudos apontam que o mesmo recebeu mais de 2 milhões de pessoas escravizadas nos vinte anos em que funcionou (ROSA, 2020).

Bell hooks (2019), em seu livro intitulado “E eu não sou uma mulher” traz uma reflexão importante sobre a violência aplicada às mulheres negras escravizadas e a violência sofrida por elas, durante as viagens nos navios negreiros, onde eram cruelmente desumanizadas nesses meses de travessia.

“...Eram cruciais, no preparo das pessoas africanizadas para o mercado de escravos a destruição da dignidade humana, eliminação de nomes e status, a dispersão de grupos, para não haver uma língua comum, e retirada de qualquer sinal evidente de herança africana... Mulheres africanas recebiam a pior parte dessa violência e desse terror mas, não somente porque poderiam ser vitimadas pela sexualidade, mas também porque eram mais propensas a trabalhar intimamente com a família branca do que homens negros... A fim de tornar seu produto vendável, o escravizador precisava garantir que nenhuma criada negra recalcitrante envenenasse a família, matasse crianças, incendiasse a casa ou oferecesse resistência de qualquer outra forma.” (HOOKS, 2019)

Historicamente, mulheres negras nas fazendas onde eram escravizadas, eram além de uma unidade de trabalho lucrativa e mão de obra, vítimas de estupro e outros castigos. Eram vítimas de violência física, moral, psicológica, sexual e patrimonial. Entretanto, todas essas violências foram romantizadas com a ideia de que a identidade brasileira é fruto de um processo de miscigenação escolhido, e sustenta o conceito de que vivemos em uma democracia racial (CARNEIRO, 2003).

Alguns desses pensamentos perduram ainda até os dias de hoje, desconsiderando a interseccionalidade e a realidade de mulheres negras (pretas e pardas) que lidam com o machismo e também enfrentam todos os dias o racismo e a desigualdade social. Diante disso, mostra-se necessário debater raça, classe e gênero de modo indissociável, para que o combate a uma opressão não nutra outra.

A interseccionalidade é um conceito sociológico de como uma realidade social que tem diversos sistemas de opressão e discriminação interagem entre si, de múltiplas maneiras e complexidades e agem como marcadores sociais nas vidas das minorias. Concebida por Crenshaw, em 1991, a interseccionalidade:

“... Trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento” (Crenshaw, 2002, p. 177).

Crenshaw (2002) afirma ainda que estes seriam sistemas de subordinação e discriminação que se justapõem e se entrecruzam, gerando desigualdades entre mulheres, grupos étnicos ou raciais, classe social, nacionalidade, religião, sexualidade, geração, habilidade/deficiência, entre outros e seus impactos. Para o movimento feminista negro, a interseccionalidade tornou-se um conceito essencial para pensar o lugar das mulheres negras na sociedade e a partir disso, promover justiça social, mediante o combate à discriminação, à marginalização e à subordinação.

Jurema Werneck (2016) conceitua o dispositivo de racialidade, cuja ferramenta revela como o racismo estrutura o Brasil e é a base da manutenção dos preconceitos e iniquidades. Segundo modelo apresentado por Jones (2002), o racismo apresenta-se em três principais formatos: o racismo internalizado, o racismo interpessoal e o racismo institucional, que atuam de forma simultânea e concomitante, com consequências à saúde de homens e mulheres negras.

O racismo internalizado é quando o indivíduo associa por meio de preconceitos e visões estigmatizadas os membros de um grupo, mensagens negativas ou de inferioridade, que reflete suas concepções e pensamentos. Já o racismo interpessoal é a ação ou reprodução praticada, resultando por meio de condutas intencionais ou não, preconceito e discriminação entre indivíduos. Outra face do racismo interpessoal são as omissões diante de uma situação de racismo. Já o racismo institucional é aquele traduzido por instituições e

políticas, que reforçam a segregação étnico-racial, nos processos institucionais. Subdivide-se em racismo institucional das relações interpessoais e racismo institucional político-programático. No racismo institucional das relações interpessoais as pessoas que representam e trabalham em instituições reproduzem falas e atos racistas, pode ser praticado entre dirigentes e servidores, entre os próprios servidores e entre os servidores e os usuários dos serviços. Já o racismo institucional político-programático é entendido pela produção e disseminação de informações sobre as experiências diferentes e/ou desiguais em nascer, viver, adoecer e morrer (PNSIPN,2013).

Essas classificações têm como objetivo reconhecer o racismo, principalmente o institucional, como determinante de saúde, pois ao identificar tais práticas, consegue-se elaborar medidas de combate, prevenção e promoção de equidade.

Os dados e os determinantes de saúde envolvidos nesse processo dão a percepção e importância ao entender que, com base no Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), realizado em 2008, a população negra (que representa a soma das pessoas autodeclaradas pretas e pardas) representava 67% do público total atendido pelo SUS, aproximadamente 80% da população feminina do país é formada por mulheres negras, muitas são chefes de família, compondo 69% entre as famílias que recebem até um salário-mínimo (IPEA,2011)

Em uma pesquisa realizada em 2012, que compara o atendimento ao pré-natal de mulheres brancas e negras, notou-se que entre as mulheres negras, 67,4% completaram sete consultas de pré-natal, em comparação com 71,6% das mulheres brancas. As mulheres negras grávidas morrem mais de causas maternas, afetadas pela hipertensão própria da gravidez, que as brancas. Além disso, mulheres negras apresentam uma expectativa de vida abaixo da média nacional (quando comparadas às mulheres brancas) e são mais da metade das vítimas de feminicídio no país. A partir desses dados, observamos que discutir racismo é também uma questão de saúde pública (THEÓPHILO,2018).

O racismo institucional na saúde pública reforça o mito da democracia racial, por isso, é necessário que os profissionais de saúde demonstrem um olhar crítico na problemática étnico-racial e suas implicações na saúde. Seu combate faz-se necessário para que se promova a equidade, já que a população negra tem dificuldade de acesso aos serviços de saúde, e não tem a mesma qualidade na atenção à saúde como a população branca (TAVARES, OLIVEIRA, LAGES, 2013; WILLIAMS, PRIEST, 2015).

No Brasil, pela Portaria Nº 992, de 13 de maio de 2009, instituiu-se a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) com o intuito de promover a saúde integral dessa população (BRASIL, 2009). A PNSIPN tornou-se um marco importante ao reconhecer e admitir as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, rumo à promoção da equidade.

O PNSIPN traz a implementação de algumas medidas como a inclusão dos temas racismo e saúde da população negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da Saúde, o fortalecimento da participação do Movimento Social Negro na construção das políticas em saúde, o incentivo à produção do conhecimento científico da população negra, o reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, a inclusão do quesito raça/cor em todos os instrumentos de coleta de dados públicos, dentre muitas outras medidas. (BRASIL, 2009)

Diante de todo esse contexto histórico, a PNSIPN vem como mecanismo para voltar a saúde e escrever dados sobre saúde da população negra, as consequências e iniquidades em saúde dessa população, que é maioria no Brasil e principalmente no Rio de Janeiro. Visto que a especialidade é medicina de família e comunidade. Então como cuidar dessas famílias e mulheres que são maioria nas comunidades do Rio de Janeiro?

Com a modernidade mudou-se a lógica das relações e das vivências afetivo-sexuais. Diante da emancipação feminina branca, um novo padrão de relações de gênero foi estabelecido, como mudanças na maternidade, casamento e divisão sexual do trabalho. (MESSIAS, 2019)

O movimento feminista, por muitas décadas liderados por mulheres brancas, da elite, desconsiderava as questões raciais, sob o mito de uma democracia racial, onde o pensamento era de que todas as mulheres eram iguais. Em suas lutas, as mulheres brancas lutavam pelo seu direito de trabalhar, mas esta sempre foi uma realidade na vida das mulheres negras (MESSIAS, 2019)

Proporcionalmente, as mulheres negras sempre trabalharam mais fora de casa do que suas irmãs brancas. O enorme espaço que o trabalho ocupa hoje na vida das mulheres negras reproduz um padrão estabelecido durante os primeiros anos da escravidão. Como escravas, essas mulheres tinham todos os outros aspectos de sua existência ofuscados pelo trabalho compulsório. Aparentemente, portanto, o ponto de partida de qualquer exploração da vida das mulheres negras na escravidão seria uma avaliação de seu papel como trabalhadoras (DAVIS, 2016, p. 24).

Djamila Ribeiro (2017, p. 15) disserta sobre a importância da diversidade e pluralidade dentro das representatividades, pois quando se nomeia as opressões de raça, classe e gênero, entende-se a necessidade de não hierarquizar opressões, uma vez que é um pensamento comum achar que o feminismo negro faz cisões do movimento feminista, quando é o contrário, ele diz é pensar projetos, novos marcos civilizatórios e um novo modelo de sociedade, onde mulheres negras sejam sujeitos ativos.

Isso nos faz refletir sobre a condição imposta da mulher negra de trabalhar e servir e a sua exclusão na luta de gênero. Pois a mulher branca, como definiu Simone Bevoir (1980) em sua obra “O segundo sexo”, seria o Outro quando olhar parte do sujeito universal, que seria o homem branco.

Entretanto, Grada Kilomba (2019), em seu livro “Memórias da plantação” traz o conceito de que a mulher negra seria “o outro do outro”, o que impossibilita que a mulher negra seja vista como sujeito, tanto pelo olhar de homens brancos e negros, quanto pelo olhar das mulheres brancas. Tal pensamento, colocaria a mulher negra em um espaço ainda mais difícil de ser ultrapassado, ao ter que superar o racismo e o machismo.

Conceição Evaristo (2003, p. 06) fala sobre a importância da escrivência de mulheres negras, no que tange à representatividade escrita, na qual escritoras e pensadoras negras deixam a posição de objeto descrito a sujeito que se descreve, com subjetividade própria, ao tomar um lugar da escrita, como direito, assim como se toma o lugar da vida.

Nos países que foram colônias, como o Brasil, a relação de homens brancos colonizadores com as mulheres colonizadas e escravizadas, principalmente pela ilegitimidade (prostituição, estupro e concubinato), era uma forma de manter a dominação colonial e hierárquica de raça, o que impactou diretamente na construção e constituição das subjetividades (COLLINS, 2009; FANON, 2008; GONZALEZ, 1982, 1988; MAMA, 1997; STOLER, 1995; STOLKE, 2006; YOUNG, 2005).

Sueli Carneiro (1995) reflete sobre como a sociedade brasileira ainda não desvinculou a imagem da mulher negra como mercadoria, a partir de uma visão que estas eram vinculadas a uma ideia de trabalho ou erotismo. Já que a mulher branca seria o ideal para um casamento. Discursos estes de ideologia machista e racista, mas que são estruturantes para o problema da solidão da mulher negra e como esse problema impacta na vida afetiva das mesmas (CARNEIRO, 1995).

No livro Por um cuidado integral da saúde de mulheres negras, Barreira (2022) enfatiza:

“Falar de afetividade, de escolhas, de solidão é desafiar o sistema de preferências em uma sociedade que vê mulheres negras como corpos sexualizados, racializados e não afetivos, desde os tempos coloniais. A racialização idealizada no corpo atua como um divisor simbólico de que escolhas são por ela estruturadas.” (BARREIRA, 2022)

O termo solidão da mulher negra, dito em muitos espaços de ativismo, fala sobre diversos fenômenos vivenciados por mulheres negras, que funcionam como elementos estruturantes das práticas sociais e afetivas dos indivíduos (MESSIAS, 2019).

Explicitados na tese de Ana Pacheco (2008), “Branca para casar, mulata para f.... e negra para trabalhar”, cujo título já é uma provocação ao pensamento e estereótipos de que a mulher branca é para o matrimônio, a mulata pra fornicar e a mulher preta para servir, a autora aborda de forma multifatorial as causas dessa solidão.

A partir da preferência de homens brancos e negros por parceiras brancas, com rejeição e abandono das mulheres negras e o interesse sexual, mas não afetivo, reforçando a hipersexualização destas mulheres, que tem dificuldade em ter parceiros fixos ou serem assumidas por estes, bem como o descaso e maus tratos à companheira negra. A autora ainda discorre sobre as concepções de paternidade e masculinidades negras, o abandono sofrido por essas mulheres pelos seus pares, sobre ascensão social, a relação das mulheres negras com seus parceiros negros e a relação inter-racial com homens brancos (PACHECO, 2008).

Existe inclusive um problema que é notado, em relações de mulheres negras com outros homens negros. Devido a estrutura racista, eles relacionam-se afetivamente com mulheres brancas como forma de diferenciação social. Tal fato é explicado por Fanon (2008), pois ao entender as características do povo negro como ruins e as do povo branco como boas, as pessoas negras buscam na ideia da branquitude uma escapatória para o racismo experienciado e a fim de minimizar as características da negritude.

Zanello (2018) propôs a metáfora da prateleira do amor, ao tratar de como os dispositivos amorosos afetam as questões de gênero e raça. A autora coloca como as mulheres são atravessadas por desigualdades e posições de privilégio, a partir de um ideal branco, loiro, magro e jovem. Quanto mais afastada desse ideal, menos reconhecida e legitimada é essa mulher, pior é o seu lugar nessa prateleira e menores são as chances de ser escolhida por um homem para ser amada. As mulheres negras são as mais afetadas neste dispositivo, pois são as mais preteridas, em função do racismo.

Além disso, a dificuldade para encontrar parceiros é maior para as mulheres negras heterossexuais de pele mais escura (PACHECO, 2008), o que faz necessário compreender como o colorismo também influencia nessa dimensão afetiva.

O termo colorismo apareceu em 1982, no livro “Se o presente se parece com o passado, como será o futuro?” da escritora Alice Walker, que coloca de forma sucinta como a discriminação racial acontece devido a cor da pele. Segundo a autora, o racismo ocorreria após a leitura do indivíduo como não branco. Entretanto, Alessandra Devulsky (2021) afirma que é uma ideologia, assim como o racismo, enquanto processo social complexo, ligado à formação de uma hierarquia racial baseada, primordialmente, na ideia da superioridade branca. Já que fenótipos e traços associados a pretitude seriam características negativas de um indivíduo, já que o fenótipo europeu é o idealizado. Entretanto, é importante ressaltar que

em sua condição de mestiço, este se beneficiaria em certas circunstâncias comparativamente às pessoas pretas de tez escura (DEVULSKY, 2021)

Apesar de depender de elementos como textura de cabelo, biotipo, mucosas, contornos, lábios, nariz, olhos e muitas outras características, o fator mais determinante na economia de afetos e distribuição de riquezas é o tom da pele. (DEVULSKY, 2021)

Joice Berth (2019) em seu texto intitulado "Responsabilidade afetiva x Amor preto: as exclusões que se repetem", convida a refletir sobre a reprodução da lógica branca no atual e estimulado amor preto e ponderar sobre o amor romântico e a imposição da figura masculina na vida de mulheres, sobre quais mulheres estão sendo escolhidas por homens pretos para serem amadas, quais estão sendo novamente excluídas desse amor e qual o lugar das mulheres negras de pele escura, gordas, maduras, mães e independentes. A autora reforça a importância da discussão do amor romântico como ideal ilusório, entende o amor afrocentrado como estratégia política contra o racismo. Entretanto, alerta sobre o cuidado de não aplicar meritocracia no campo da afetividade.

O método clínico centrado na pessoa conceituado por Stewart et al (2017), surge da necessidade de quebra do modelo tradicional, na qual a doença é o centro da atenção e o profissional de saúde o detentor do poder. O MCCP é o método clínico que, por meio de uma escuta atenta e qualificada, objetiva um entendimento integral da vivência individual, onde a pessoa é protagonista do seu processo saúde-doença, com a quebra da hierarquia médico-paciente, quebrando o binômio informação-desinformado, ao estimular a autonomia da pessoa no processo saúde-doença. Significa entender a pessoa como um todo e não como uma doença, considerar seu desejo, conhecimento sobre si e partilhar as decisões sobre si, ao estimular a pessoa a falar sobre seus sentimentos, ideias e concepções. Esse processo se sobrepõe ao modelo biomédico, onde o profissional de saúde é detentor da informação e apenas passa para o paciente o que concebe que é melhor para o seu cuidado (STEWART et. al, 2017).

Para que esse processo aconteça, o médico de família e comunidade deve ter mente os 4 componentes do MCCP: explorando a saúde, doença e experiência da doença, entendendo a pessoa como um todo, elaborando um plano conjunto e manejo dos problemas e intensificando a relação entre a pessoa e o médico.

Entretanto, Barreira (2022) traz o questionamento de como seria possível prover saúde integral para a população se não racializarmos o discurso. A autora afirma que o método é uma excelente ferramenta de comunicação, porém ao ser traduzido para o contexto brasileiro e não racializado, ele poderá influenciar diretamente no não acesso a formas de sofrimento e opressão vividos por mulheres negras (BARREIRA, 2022).

Segundo a autora isso pode acontecer por diversos motivos, pessoais e institucionais, a partir do momento que o profissional médico não possui a bagagem para acessar as narrativas das mulheres negras, suas particularidades, o trauma colonial, a dor transgeracional e acolher o sofrimento vivido. E isso pode ocorrer pelo não acesso desses conceitos em sua vida pessoal e formação profissional, o que influencia diretamente no cuidado integral prestado, pois para promover saúde integral para a população negra, numa cidade como a do Rio de Janeiro, não se trata de competência cultural, se trata de um pré-requisito para acolher e atender a nossa população e promover saúde em seu conceito mais amplo (BARREIRA, 2022).

Em um artigo sobre sexualidade na APS, Pacagnella (2019) traz a reflexão de que uma boa parte da demanda da população que chega à APS vai por questões culturais e afetivas relacionadas à sexualidade. Entretanto, médicos apontam como barreira diversos fatores para que essa comunicação não ocorra como falta de tempo na consulta, ausência de tratamentos adequados, falta de serviços para encaminhamento e tratamento dos casos, e questões acerca de fantasias sobre a sexualidade como medo de ofender o paciente, crença de que a história sexual não é importante para a queixa principal, desconforto com o tema e, principalmente, a crença de que os médicos não são treinados para isso (PACAGNELLA, 2019).

O artigo se propõe a criar um mnemônico que facilitaria a abordagem médica com as questões sexuais que seria o "PERMITE": Perguntar, escutar, reconhecer, meus limites, integração, tratar e encaminhar. Pois ao perguntar (PACAGNELLA, 2019).

A abordagem fala sobre "Perguntar" ao paciente sobre sua sexualidade e suas questões, levando em consideração a diversidade cultural, religiosa e educacional das pessoas. "Escutar" o paciente realmente, está atento a queixas ocultas. "Reconhecer" e legitimar a fala do paciente, criar espaço de segurança para que ele possa falar sobre tais temas, a fim de não julgar e desmistificar práticas e comportamentos sexuais. Mas também saber reconhecer "Meus limites", que convida o profissional a rever seus próprios limites morais, sociais e profissionais. Para promover a "Integração" e vínculo entre o profissional e o paciente respeitando os valores e crenças do indivíduo. Ao "Tratar" é construído um plano de cuidado para as questões levantadas. E quando essas expectativas e limites está além da possibilidade "Encaminhar" o paciente um outro profissional. Todavia, como demonstrado nos argumentos em todo esse texto é necessário racializar para entender mais profundamente as causas dessas questões.

6 CONCLUSÃO:

Ao desconstruir concepções enraizadas como o mito da democracia racial, entendemos que mulheres negras não são sujeitos universais devido ao atravessamento de diversos fatores socioeconômicos, políticos e raciais.

O pensamento feminista negro vem tornar mulheres negras sujeitos ativos. Por isso, para fornecer um cuidado integral às mulheres negras, ele precisa também ser interseccional, considerando raça, classe e gênero e suas sobreposições. Já que, ao nomear as opressões vividas, o feminismo negro traz conceitos para que não se tenha a impressão que são acontecimentos isolados, mas sim fundamentos e reproduções de uma sociedade brasileira construída historicamente pelo racismo e silenciamento de mulheres negras. Entender tal fato, reflete diretamente nos determinantes do processo saúde-doença dessa população.

Sendo assim, para que o MCCP possa ser uma ferramenta de cuidado é necessário racializá-lo, como saber sobre a solidão da mulher negra, o preterimento sofrido, a hipersexualização e o lugar de não afeto vivido por muitas mulheres negras no Brasil. Tais conceitos refletirão diretamente em uma abordagem, do médico de família e comunidade, na promoção da saúde de forma mais ampla para essas mulheres negras. Para que assim, o consultório não seja mais um espaço de manutenção do racismo institucional e interpessoal.

REFERÊNCIAS:

1. ANDERSON, M. I. P.; RODRIGUES, R. D. Formação em Medicina de Família e Comunidade. Cadernos ABEM, v. 4, p. 30–37, 2008.
2. BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.
3. BARREIRA, G.B. Por um cuidado integral em saúde das mulheres negras: as narrativas das mulheres negras que o método clínico centrado na pessoa não (dá) conta. 1ªed. (2022)
4. BERTH, Joice. Responsabilidade afetiva x Amor preto: as exclusões que se repetem. 2018. Disponível em: <https://medium.com/revista-subjetiva/responsabilidade-afetiva-x-amor-preto-as-exclus%C3%B5es-que-se-repetem-1a653e599eb3>. Acesso em: 10 jan. 2018.
5. BRASIL, Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: Ministério da Saúde, 2007
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Indicadores de Vigilância em Saúde, analisados segundo a variável raça/cor. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2015;46(10):1-35.
7. BORRET, R. H., SILVA M. F., JATOBÁ, L. R., VIEIRA. R. C., OLIVEIRA, D. O. P. S. “A sua consulta tem cor?” Incorporando o debate racial na Medicina de Família e Comunidade : um relato de experiência. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 18º de novembro de 2020 [citado 11º de novembro de 2022];15(42):2255. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2255>
8. CARNEIRO, S. (2003). Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. In Ashoka

- Empreendimentos Sociais & Takano Cidadania (Orgs.), Racismos contemporâneos (pp. 49-58). Rio de Janeiro: Takano Editora.
9. CRENSHAW, K. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. In: VV.AA. Cruzamento: raça e gênero. Brasília: Unifem, 2004.
 10. CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Revista Estudos Feministas, v. 10, n. 1, p. 175, 2002.
 11. DAVIS, A. Mulheres, raça e classe. [recurso eletrônico] Tradução: Heci Regina Candiani. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.
 12. DEVULSKY, A. Colorismo: Feminismos Plurais. São Paulo: Jandaíra, 2021.
 13. DUNN, K. M.; JORDAN, K.; CROFT, P. R.; ASSENDELFT, W. J. J. Systematic Review of Sexual Problems: Epidemiology and Methodology. Journal of Sex & Marital Therapy, 28(5), p. 399-422, 2002.
 14. EVARISTO, C. Gênero e Etnia: uma escre(vivência) de dupla face. UFPB. I Seminário Internacional Mulheres e Literatura, 2003.
 15. FANON, F. Pele negra, máscaras brancas. Tradução de Renato da Silveira. Salvador: EDUFBA, 2008.
 16. FRANCA R. Pesquisa americana indica que o Rio recebeu 2 milhões de escravos africanos. Portal Geledés [Internet]. 2015 Abr. Disponível em: www.geledes.org.br
 17. HOOKS, B. E eu não sou uma mulher?: mulheres negras e feminismo. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 2019.

18. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. Retrato das desigualdades de gênero e raça - 1995-2015. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/170306_retrato_das_desigualdades_de_genero_raca.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2023
19. KILOMBA, G. Memórias da plantação: Episódios de racismo cotidiano. Tradução de Jess Oliveira. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019
20. MESSIAS, T. L., AMORIM, M. F. P. RELAÇÕES AFETIVAS E MULHERES NEGRAS: OBJETO SEXUAL OU SOLIDÃO. Revista Espirales, 2(4), 12-35. 2019.
21. MUSSI, R. F. de F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. Práxis Educacional, Vitória da Conquista, v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021. DOI: 10.22481/praxisedu.v17i48.9010. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/9010>.
22. PACHECO, A. C. L. (2008). Branca para casar, mulata para f..., negra para trabalhar: escolhas afetivas e significados de solidão entre mulheres negras em Salvador, Bahia.
23. PACAGNELLA, R.C. ABORDAGEM DA SEXUALIDADE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: POSSIBILIDADES DE CUIDADO. Revista Brasileira de Sexualidade Humana, 20(1), 2009.
24. RIBEIRO, D.. O que é lugar de fala? Letramento: Belo Horizonte, 2017
25. ROSA, T. Cais do Valongo: o que foi na história do Brasil? 2020. Disponível em: <https://www.politize.com.br/cais-do-valongo/>. Acesso em: 09 jan. 2023.
26. STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

27. STEWART, M, WELSTON W, MCWILLIAN C. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed, 2017
28. THEOPHILO, R. L., RATTNER, D., PEREIRA, É. L. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2018,Nov;23(Ciênc. saúde coletiva, 2018 23(11)):3505–16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.31552016>
29. SILVA, M. F. D.. Racismo e saúde: a prática de cuidado na Medicina de Família e Comunidade na Atenção Primária em Saúde do Município do Rio de Janeiro (Doctoral dissertation). 2021.
30. WERNECK, J.. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e sociedade*, 25, 535-549. 2016.
31. ZANELLO, V.. Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação. Editora Appris. 2020

ANEXOS:

1 - Currículo da SBMFC

2.2.5 Atenção à sexualidade				
	Pré-requisitos	Essencial	Desejável	Avançado
1	Tem conhecimento adequado da biologia e fisiologia sexual.	Maneja de forma oportuna as demandas relacionadas à sexualidade humana, identidade sexual, homoafetividade, transsexualidade, sexualidade em situações especiais (reabilitado físico, doente mental e deficiente, gravidez e puerpério, soropositivos, doenças clínicas avançadas) e situações de preconceito sexual (homofobia, heterossexismo).		Maneja o uso de hormônios por transexuais.
2		Lida com seus pré-conceitos de modo a não influenciar negativamente a abordagem das pessoas sob seu cuidado.		
3		Implementa ações para atividade sexual saudável no nível individual, familiar e comunitário nas diferentes fases de vida.		
4		Maneja as principais disfunções sexuais.		
5		Maneja as principais situações e problemas de saúde dos trabalhadores do sexo.		
6		Maneja aspectos relacionados a assalho pélvico para potencializar a satisfação sexual e promover o autoconhecimento.		
7		Identifica e referencia situações de abuso sexual.	Maneja situações de abuso sexual.	

2- Árvore dos problemas realizado durante a consulta em conjunto com a paciente do caso 2

