

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

GABRIELA PEREIRA BARREIRA

**AS NARRATIVAS DAS MULHERES NEGRAS QUE O MÉTODO CLÍNICO  
CENTRADO NA PESSOA NÃO (DÁ) CONTA: um ensaio teórico sobre o cuidado em  
saúde de mulheres negras**

Rio de Janeiro  
2021

GABRIELA PEREIRA BARREIRA

**AS NARRATIVAS DAS MULHERES NEGRAS QUE O MÉTODO CLÍNICO  
CENTRADO NA PESSOA NÃO (DÁ) CONTA: um ensaio teórico sobre o cuidado em  
saúde de mulheres negras**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Medicina de Família e Comunidade no curso de pós-graduação Lato Sensu do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro, turma 2021.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Mestra. Rita Helena do Espírito Santo Borret

Rio de Janeiro  
2021

## AGRADECIMENTOS

Às minhas ancestrais amefricanas diaspóricas que abriram caminhos, lutaram e resistiram, e construíram as possibilidades desse trabalho.

A todas as heroínas negras do passado e do presente, algumas, esquecidas pela História, outras se encontram aqui reencarnadas em mulheres guerreiras, anônimas e de grande prestígio político e simbólico. Às Creuzas, Zeferinas, Marias, Dandaras, Acotirenes, Nzingas, Rosas, Anas, Terezas, Carmosinas, Mahins, Luizas, Conceições, Sueli, Juremas... Axé! Somos herdeiras de rainhas, guerreiras, sacerdotisas, este trabalho é em honra delas, que vivem em nós. Nunca estive sozinha, as minhas sempre estiveram comigo.

Às mulheres negras que adentraram dia após dia o meu consultório e me ensinaram tanto, dividiram comigo suas experiências e me tornaram médica de família e comunidade.

Aos meus pais, Andíara e Clarismundo, que sempre foram exemplo de luta e resistência, por seu amor e apoio quase incondicionais, mesmo nas minhas decisões mais insanas.

Ao meu companheiro de vida e porto seguro nas horas de medo, Rogério Logrado, que nunca me deixa só. Seu apoio, cafuné e risadas são meu acalanto mesmo nos dias mais sombrios. Obrigada por dividir a vida comigo e pelas infinitas discussões sobre o tema

Ao meu irmão, Matheus, pela sabedoria de um irmão mais novo e pelos conselhos, por me apoiar e não me deixar desistir ou olhar para trás. Obrigada pelas conversas até altas horas, que foram parte das minhas reflexões para construir esse trabalho.

Agradeço imensamente à minha orientadora, Rita Helena, pela orientação neste trabalho, pelas longas conversas, pela maneira que me acolheu, pela paciência, pelas considerações. Sou grata por ser uma mulher negra do seu entorno, fortalecida pelo seu trabalho.

Aos meus *vallers* queridos, André, Jailson, Luiz, Maíra e Rafaela, que fizeram dos dois anos de residência tempos maravilhosos. Foi incrível dividir minha jornada com vocês.

Às mulheres que me cercam e me fortalecem, Camila Carvalho, Huila Luiza, Monique França e Raquel Chaves, e tantas outras que eu provavelmente esqueceria de citar, mas que trago comigo, obrigada pelo apoio, afeto e troca de saberes.

Às preceptoras, aos preceptores e à coordenação do programa de residência em medicina de família e comunidade da ENSP/UFRJ, obrigada por me acolherem e me ajudarem a construir a médica que sou hoje.

À equipe Sabedoria, que com muito afeto me acolheu, apoiou, cuidou e me fez crescer enquanto médica e enquanto pessoa. Sou grata pelas risadas, pelo cuidado, pelos abraços de cada dia.

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

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

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

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

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

A voz de minha filha  
recolhe em si  
a fala e o ato.  
O ontem – o hoje – o agora.  
Na voz de minha filha  
se fará ouvir a ressonância  
O eco da vida-liberdade.

(Conceição Evaristo, 2017)

## RESUMO

As mulheres negras, em suas experiências inscritas na interseccionalidade de opressões estruturais, sofrem com o racismo institucional na saúde quando não tem suas produções de subjetividades, seus traumas e suas formas de viver a vida reconhecidas e acolhidas. Além disso, a Medicina de Família e Comunidade é a especialidade médica que lida diretamente com os marcadores sociais de diferença, que interferem na construção das narrativas de saúde e adoecimento das pessoas. O presente trabalho é um ensaio crítico sobre os limites do cuidado produzido pela Medicina de Família e Comunidade na Atenção Primária à Saúde brasileira quando o foco deste cuidado é a vivência narrada sob a perspectiva das mulheres negras. Desta forma, foram exploradas diferentes reflexões sobre cuidado e as razões pelas quais a perspectiva não racializada e o engessamento da produção de cuidado não permite acessar as distintas vivências de mulheres negras. Analisou-se o Método Clínico Centrado na Pessoa, que é uma ferramenta utilizada na Atenção Primária à Saúde brasileira por médicas de família e comunidade visando uma abordagem integral da necessidade de saúde da pessoa cuidada e percebeu-se que tal ferramenta, quando utilizada de uma forma não racializada, potencialmente não alcança a profundidade dos distintos sofrimentos de mulheres negras brasileiras. Em vista disso, para produzir um cuidado em saúde racializado, é essencial que profissionais de saúde sejam capazes de se considerar de maneira integral e sejam capazes de se racializar para a construção de pontes para um cuidado, de fato, intersubjetivo. O método clínico centrado na pessoa, como método, não resolve o não-acesso a vivências e narrativas não hegemônicas de sujeitos considerados Outros na sociedade. Todas e quaisquer ferramentas e métodos importados precisam ser contextualizados à dinâmica social brasileira e, portanto, racializados dentro da perspectiva de uma pretensa democracia racial.

**Palavras-chave:** Mulheres negras; Interseccionalidade; Cuidado em saúde; Método clínico centrado na pessoa

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>1 IMPLICAÇÃO COM O TEMA.....</b>	<b>11</b>
<b>2 “E NÃO SOU UMA MULHER?”: PAPÉIS DE GÊNERO E CONSTRUÇÃO DE FEMINISMOS.....</b>	<b>13</b>
<b>3 O CRIME PERFEITO: O RACISMO COMO PRODUTOR DE INIQUIDADES EM SAÚDE.....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 Marcadores sociais de diferença e interseccionalidade: enxergando diferenças.....</b>	<b>18</b>
<b>3.2 As dimensões do racismo .....</b>	<b>20</b>
<b>3.3 Jeitinho brasileiro: contextualizando o racismo no Brasil.....</b>	<b>23</b>
<b>4 QUEM É A MULHER NEGRA NO BRASIL: UM RETRATO EM NÚMEROS .....</b>	<b>27</b>
<b>4.1 A saúde da mulher negra: ditando o seu lugar no mundo.....</b>	<b>28</b>
<b>5 PRODUZIR SAÚDE E PRATICAR CUIDADO: CONCEPÇÕES DO CUIDADO EM SAÚDE.....</b>	<b>33</b>
<b>6 SUBJETIVIDADE, INTERSUBJETIVIDADE E PRÁTICAS DE CUIDADO.....</b>	<b>35</b>
<b>6.1 O corpo educado e a construção do sujeito: tornando-se um sujeito .....</b>	<b>35</b>
<b>6.2 O cuidado como encontro intersubjetivo.....</b>	<b>39</b>
<b>7 INTERSUBJETIVIDADE PRA QUEM, SE O CORPO PRETO NÃO É UM SUJEITO? .....</b>	<b>44</b>
<b>7.1 A construção da negra como um não-sujeito e a permanência no não lugar.....</b>	<b>44</b>
<b>8 O PROCESSO DE SUBJETIVAÇÃO DA MULHER NEGRA NA INTERSECCIONALIDADE DE RAÇA, GÊNERO E CLASSE .....</b>	<b>48</b>
<b>8.1 A opressão de mulheres negras: imagens de controle e mitos de representação no imaginário social.....</b>	<b>48</b>
<b>8.2 O trauma colonial e a dor transgeracional: reflexos do sofrimento na linha do tempo .....</b>	<b>54</b>
<b>8.3 A pele negra e os desdobramentos do racismo na saúde mental.....</b>	<b>59</b>
<b>8.4 Suicídio: racismo, isolamento e o sofrimento silencioso.....</b>	<b>62</b>

<b>8.5 O racismo como violência estrutural: as “pequenas” mortes do cotidiano e o luto pela perda dos seus .....</b>	<b>63</b>
<b>8.6 Afetividade da mulher negra: do preterimento e hipersexualização à construção de redes de afeto.....</b>	<b>69</b>
<b>9 COMO A MÉDICA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE APRENDE E OFERTA CUIDADO: O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA.....</b>	<b>74</b>
<b>9.1 O primeiro componente: explorando a saúde, a doença e a experiência da doença ..</b>	<b>77</b>
<b>9.2 O segundo componente: entendendo a pessoa como um todo .....</b>	<b>78</b>
<b>9.3 O terceiro componente: elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas..</b>	<b>82</b>
<b>9.4 O quarto componente: intensificando a relação entre a pessoa e a médica .....</b>	<b>85</b>
<b>9.5 Aprendendo e ensinando o método clínico centrado na pessoa.....</b>	<b>87</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS E REFLEXÕES FUTURAS .....</b>	<b>89</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>94</b>

## INTRODUÇÃO

A vulnerabilidade da população feminina negra no Brasil é resultado da intersecção das iniquidades de raça, gênero e classe, que atingem diretamente as mulheres negras<sup>1</sup>. Jurema Werneck (2001) nos mostra que as desigualdades que afetam estas mulheres apontam para a presença de uma tríplice discriminação: o fato de ser mulher, ser negra e a pobreza.

Ainda que o papel do racismo na determinação das condições de vida e saúde seja reconhecido, é essencial entender a existência de outros fatores que atuam simultaneamente ao racismo, aprofundando ou reduzindo seu impacto sobre pessoas e grupos. Para Jurema Werneck (2016):

Cabe reconhecer que, como campo de pesquisa, formulação e ação, a saúde da população negra se justifica: pela participação expressiva da população negra no conjunto da população brasileira; por sua presença majoritária entre usuários do Sistema Único de Saúde; por apresentarem os piores indicadores sociais e de saúde, verificáveis a partir da desagregação de dados segundo raça/cor; pela necessidade de consolidação do compromisso do sistema com a universalidade, integralidade e equidade, apesar deste último ter sido longamente negligenciado, especialmente do ponto de vista da justiça social; pela existência de obrigação amparada em instrumentos legais (WERNECK, 2016, p.539).

Entretanto, as decisões de políticas e gestão de saúde têm sido deliberadas como se os dados não fossem indicativos de uma ampla disparidade e do tratamento desigual que a sociedade e o Sistema Único de Saúde geram e perpetuam, com enormes prejuízos para negras e indígenas, principalmente. Segundo Werneck (2016),

Os dados epidemiológicos desagregados segundo raça/cor são consistentes o suficiente para indicar o profundo impacto que o racismo e as iniquidades raciais têm na condição de saúde, na carga de doenças e nas taxas de mortalidade de negras e negros de diferentes faixas etárias, níveis de renda e locais de residência. Eles indicam, também, a insuficiência ou ineficiência das respostas oferecidas para eliminar o *gap* e contribuir para a redução das vulnerabilidades e para melhores condições de vida da população negra (WERNECK, 2016, p.540).

A Medicina de Família e Comunidade, enquanto especialidade médica, se propõe a cuidar das pessoas de uma forma integral e em todos os ciclos da sua vida. Segundo a Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA), um dos objetivos da medicina de família e comunidade é “priorizar a prática médica centrada na pessoa, na relação médica-

---

<sup>1</sup> O conceito de negra é transitório e contingente. Neste ensaio vamos considerar as mulheres negras como aquelas que se autodeclararam pretas e pardas, de acordo com a definição do IBGE.

paciente, com foco na família e orientada para comunidade, privilegiando o acesso, o primeiro contato, o vínculo, a continuidade e a integralidade do cuidado na atenção à saúde”. Dessa forma, a médica de família e comunidade (MFC) na Atenção Primária à Saúde é a especialista médica que lida diretamente com os marcadores sociais de diferença, que interferem na construção das narrativas de saúde e adoecimento das pessoas.

Analisar o cuidado em saúde envolve explicitar a lógica que atravessa as ferramentas de materialização desse cuidado na práxis. O presente trabalho é um ensaio crítico sobre os limites do cuidado produzido pela Medicina de Família e Comunidade na Atenção Primária à Saúde brasileira quando seu foco é a vivência narrada sob a perspectiva das mulheres negras. Em vista disso, iremos explorar diferentes reflexões sobre cuidado, e nos propomos a entender as razões pelas quais a perspectiva não racializada e o engessamento da produção de cuidado não permite acessar as distintas vivências de mulheres negras.

Para isso, analisaremos o Método Clínico Centrado na Pessoa, que é uma ferramenta amplamente utilizada na Atenção Primária à Saúde brasileira por médicas de família e comunidade visando uma abordagem integral da necessidade de saúde da pessoa cuidada. Assim, iremos discutir sobre como tal ferramenta, quando utilizada de uma forma não racializada, potencialmente não alcança a profundidade dos sofrimentos das mulheres negras brasileiras.

Partindo do fato de que este ensaio acadêmico se propõe a estudar mulheres negras e numa tentativa de romper com os paradigmas acadêmicos, ainda muito sexistas e falocêntricos, utilizaremos o feminino na escrita deste trabalho como forma de afirmar que não há neutralidade na escrita. Tal mudança pode gerar desconforto à leitora, mas considero ser essencial para nós, pesquisadoras, rompermos com estes padrões acadêmicos que, por muitas vezes, nos invisibilizam.

Tal como Grada Kilomba (2019) pontua em sua tese, ao longo das leituras e da escrita deste ensaio, uma inquietação se fez presente: algumas palavras que serão amplamente utilizadas nesse texto, e aqui cito *sujeito*, *objeto* e *indivíduo*, que se repetem várias vezes ao longo do texto, são escritas em português no gênero masculino, não permitindo variações no gênero feminino ou em um gênero neutro, sem que sejam consideradas como erros ortográficos. Essa inflexão masculina compulsória denota colonialidade de gênero e universalização a partir da experiência do sujeito padrão: o homem branco, cisheteronormativo e europeu. É necessário compreender o significado de uma identidade não ser representada em sua própria língua, compreender as relações de poder envolvidas nesse

fato e a violência que ele pode representar. Por esta razão, opto por escrever estes termos em itálico.

Vale ressaltar ainda que, neste ensaio, ao trabalhar com a questão do racismo, direcionei o olhar mais atentamente para o racismo antinegro, especialmente àquele que atinge mulheres negras. Entretanto, é necessário explicitar, ainda, que o racismo se estrutura de forma a validar uma supremacia étnico-racial, em geral branco-ocidental, para além da inferiorização de corpos negros. Ou seja, a hierarquia social racista opera em detrimento de grupos não negros e ao mesmo tempo não brancos: povos originários e minoritários de regiões diversas do globo, asiáticos, ameríndios, árabes. No caso do Brasil, ainda que outras populações possam sofrer racismo, são pessoas negras e indígenas os grupos mais expostos às formas de racismo mais violentas. Lembro ainda que, apesar de entender a questão de classe como um atravessamento de extrema relevância, este ensaio não se aprofundará nesse aspecto da opressão de mulheres negras, apesar de citá-lo em alguns momentos.

## **1 IMPLICAÇÃO COM O TEMA**

Ser negra. Ser mulher. Ser médica. Ser residente médica de família e comunidade negra em uma comunidade periférica do Rio de Janeiro. É desta forma que a escolha desse tema implica na minha trajetória. Escolha essa que está enraizada na minha história pessoal, na história de outras médicas negras de origem nas classes média e baixa. Escolha enraizada na história, no sofrimento, no adoecimento das mulheres negras e periféricas que atendo todos os dias. Nas histórias que, quando recontadas por mim, são recebidas pela ouvinte com um “você já me contou essa história antes...” e respondidas com “mas é a primeira vez que ela [a paciente] me conta essa história... eu nunca a vi antes!... ela disse que nunca falou disso pra ninguém...”. São narrativas que se repetem, mas que são únicas e, ainda assim, fizeram-me questionar: Por que elas se repetem? O que mais mulheres negras periféricas têm a contar que ninguém escuta? Por que médicas de família e comunidade formadas e em formação nunca ouviram essas histórias, se já as atenderam dezenas de vezes?

Mulheres negras são maioria no país. É dessa existência social no Brasil que eu estou falando. Existência essa que é a maioria das pessoas em termo de raça e gênero, mas que são silenciadas em nosso país por causa do racismo estrutural. Estou falando de mulheres negras porque elas existem e elas sofrem. O processo de adoecimento das mulheres negras periféricas tem suas especificidades, é atravessado pelo racismo, pelo machismo e pela pobreza, sendo o racismo o principal determinante.

Passei boa parte da minha vida adulta no vasto mundo da Medicina, um espaço elitizado, predominantemente masculino e branco. Já se foram seis anos de faculdade e cinco anos de prática médica, quatro destes na Atenção Primária à Saúde, mas já se somam quase três décadas de ser mulher negra. Ser minoria da minoria da minoria. Essa é a realidade de ser médica de família e comunidade negra no Brasil. E é desse lugar marginalizado que escrevo. Patricia Hill Collins consagrou o termo *outsider within*, algo como “forasteiras de dentro” ou “estrangeiras de dentro” para falar sobre esse status de marginalização de mulheres negras nos espaços acadêmicos e de como essas posições marginais são usadas para produzir um pensamento feminista negro capaz de refletir a nossa forma particular de ver a realidade. Para bell hooks<sup>2</sup>, “olhávamos tanto de fora para dentro quanto de dentro para fora... compreendíamos ambos” (hooks, 1984: vii). E como ressalta Audre Lorde (1984, p. 54) “é evidente que se nós mesmas não nos definirmos por conta própria, outros nos definirão - para uso deles e em detrimento nosso”.

Falar sobre método clínico centrado na pessoa, uma das ferramentas mais conhecidas e ensinadas pelas médicas de família e comunidade, não foi uma escolha aleatória. Profere-se tanto sobre centrar o cuidado na pessoa e, ao mesmo tempo, pouco ou nada se vê sobre centrar o cuidado nas narrativas das mulheres negras que atendemos todos os dias. Se não conseguimos centrar o cuidado de uma mulher negra e, em especial, periférica, levando em consideração suas narrativas, trajetórias, sofrimentos, histórias e adoecimentos, como podemos dizer que prestamos um cuidado integral, equânime e continuado dessas mulheres, como nos propõem os princípios da Medicina de Família e Comunidade? Como podemos dizer que aplicamos o método clínico centrado na pessoa se não conseguimos acessar os sentimentos dessas mulheres negras periféricas a respeito de seus problemas, suas ideias sobre o que está errado, os efeitos da doença no seu funcionamento, suas expectativas para este encontro clínico? Por que continuamos ensinando e aprendendo um método clínico falho em abordar a narrativa das mulheres negras e periféricas que atendemos diariamente?

É através deste ensaio que busco refletir essa prática e instigar médicas de família e comunidade a terem um olhar racializado sobre sua prática clínica e a buscarem engajamento na luta antirracista, pois só assim seremos capazes de alcançar com integralidade uma prática orientada à comunidade, e seremos então capazes de entender a narrativa das mulheres negras, pobres e periféricas que atendemos.

---

<sup>2</sup> bell hooks deve ser escrito em letras minúsculas, representando o desejo da autora de dar destaque ao conteúdo de sua escrita e não à sua pessoa. Para ela, nada tem mais importância do que as ideias e o conhecimento: “o mais importante em meus livros é a substância e não quem sou eu”.

## 2 “E NÃO SOU UMA MULHER?”: PAPÉIS DE GÊNERO E CONSTRUÇÃO DE FEMINISMOS

Falar da narrativa de uma mulher sem trazer o que ser mulher significa na sociedade é perder um importante substrato de construção de intersubjetividades. Ser mulher é se saber mulher e muitas vezes ser sabida mulher e nisso implica uma construção social, mas também implica uma historicidade. A literatura mais profícua que aborda a construção do papel do gênero, no entanto, é profundamente marcada com os signos do eurocentrismo.

Para entender os papéis sociais na sociedade faz-se necessário compreender o gênero como socialmente construído e, também, como performance orientada por scripts culturais (BUTLER, 1990) e emocionalidade (PALMA; RICHWIN; ZANELLO, 2021). Para entender a construção da subjetividade das mulheres, ou seja, como essas mulheres se constroem enquanto *sujeitos* na sociedade, é importante compreender a centralidade do amor, afetos e sentimentos que atravessam a construção das mulheres enquanto *sujeitos*. Esses sentimentos, bem como todos os outros não são fatos naturais e desconectados da historicidade, pelo contrário, são mediados pelo contexto social, cultural e político, com especificidades de acordo com gênero, raça e etnia, classe social e idade (ZANELLO, 2018).

A história da divisão sexual do trabalho e da divisão dos papéis de gênero tem uma reconhecida ligação com a história da família e a passagem da propriedade coletiva para a propriedade privada. Junto a essa mudança de modelo predominante de propriedade, nota-se uma modificação nas relações intrafamiliares e na transmissão de recursos, com o fortalecimento de famílias patriarcais e da lógica patrimonialista (ENGELS, 2014). Na idade média e moderna, a construção da mulher, ainda culturalmente ligada à cisgeneridade, nos traz importantes símbolos da perda de seu prestígio em relação à figura masculina. A mulher cisgênera deixa de ser valorizada por ser portadora de um útero capaz de gerar um *indivíduo*, o que antes lhe atribuía poder, e se torna aquela que é secundária na sociedade, com função apenas de ser desposada, construir a prole e educá-la. Por outro lado, o homem, detentor dos meios e fins do capital, dirige os rumos da história. A sociedade europeia, mas também boa parte da colonial, com a colonização, testemunhou um golpe secular do gênero masculino.

Não por acaso, os aspectos culturais hegemônicos ligados à sociedade patriarcal e monogâmica tenderam a prender a mulher desde as atividades domésticas até o amor romântico, no qual ela se entrega totalmente, embora muitas vezes pouco receba. A construção do gênero feminino na sociedade se torna a construção da submissão missionária,

trovadoresca, folhetinesca. Perceba que trazemos aqui uma trama que envolve uma disputa de poder, ou pelo menos uma subtração de poder. Se estamos tratando de subtração de poder, estamos falando também de política. À família, que passa a ser centrada no patriarca, segue-se a sociedade, o sistema político e o sistema econômico. Sobre esta lógica de domínio e reprodução de poder social e privilégios masculinos sobre a mulher, Rosalind Coward chamou de "Patriarcado" (COWARD, 1983). Vivendo numa sociedade patriarcal na qual são consideradas submissas aos homens, que eram os responsáveis pelo provimento das necessidades materiais do lar, as mulheres, em contrapartida, ficam restritas ao âmbito privado, lugar em quem os homens se preparam e suprem suas necessidades para exercerem a função de cidadãos livres na esfera pública (ARENDDT, 1989).

A sociedade patriarcal define as relações de gênero, e conseqüentemente as funções sociais, a partir dos órgãos sexuais, determinando, assim, os campos em que as mulheres podem ou não atuar, naturalizando a diferença biológica entre os sexos como preditora das capacidades do binarismo homem-mulher. As funções sociais destinadas às mulheres valorizam características como sensibilidade, proteção da prole e do lar, procriação e fragilidade. No entanto, a contestação dessas atribuições de papéis de gênero, que passam a ser entendidas, principalmente a partir das reivindicações feministas, não como naturais ou biológicas, e sim como construção social baseada nas necessidades socioeconômicas da sociedade, permite entender como essas atribuições colocam as mulheres em posição de desigualdade em relação ao homem, e são usadas para justificar a afirmação de poder dos homens sobre as mulheres (GRISCI, 1994).

A heterossexualidade, enquanto um sistema político, destitui o poder das mulheres, colocando-as em um lugar de dominadas, subalternizando seus corpos e estimulando a rivalidade entre elas (RICH, 2010; WITTIG, 2006; FALQUET, 2012). Monique Wittig mostra que a heterossexualidade não é natural, é um fenômeno social; não é uma prática sexual, e sim uma ideologia, que Monique define como "o pensamento straight (hétero)", que é a essência da opressão patriarcal das mulheres e de sua apropriação pelos homens, sendo fundamentada na crença fervorosa e incessantemente renovada na existência de uma diferença dos sexos (WITTIG, 2006).

Para as autoras, a heterossexualidade é imposta às mulheres pela violência física e material, incluindo econômica, e por um efetivo controle ideológico, simbólico e político, que se utiliza de diversos dispositivos, que vão desde a pornografia à psicanálise (RICH, 2010; WITTIG, 2006; FALQUET, 2012). A heterossexualidade compulsória serve, ainda, para a manutenção do capitalismo, ao destinar mulheres para servir como mão de obra e meios de

reprodução. Através das narrativas de como-ser-uma-boa-mulher, todas as mulheres, heterossexuais ou não, são colocadas em uma cultura heterossexual e são levadas a buscar o enquadramento nesse padrão (FALQUET, 2012).

Ademais, é necessário, ainda, entender as nuances psicológicas das intersubjetividades das mulheres e, para isso, localizar e precisar seus dispositivos. O dispositivo amoroso, como o chama Valeska Zanello (2018), atribui maior ou menor valor à mulher que tem características que se aproximam ou se afastam do ideal de mulher desposável, isto é, o amor para as mulheres é um fator identitário, e ser eleita a escolhida por um homem é sentido como legitimação de seu valor. Zanello (2018) prossegue destacando que as mulheres são constituídas em torno de uma carência e do preterimento de si, que apenas seriam reparadas através de uma relação amorosa. O amor alcança, assim, o patamar de investimento central para as mulheres, de razão para viver, que permite a expressão de sua identidade e sua legitimação social. Quanto mais características físicas e comportamentais as tornam apreciáveis para serem companheiras de um homem enquanto ideais de mulher, mais fácil alcançariam sua meta de vida, que é ser a parceira amorosa que satisfaz este homem em vários níveis, incluindo o sexual. Além disso, por serem subjetivadas pelo dispositivo amoroso, as relações entre mulheres são atravessadas pela disputa e pela rivalidade, disputa essa mais pelo reconhecimento que provém de ser a escolhida, do que pelo homem em si. Nessa disputa por reconhecimento e pela oportunidade de ser eleita, mulheres negras já estão em desvantagem por não corresponderem ao padrão estético da parceira ideal. (PALMA; RICHWIN; ZANELLO, 2021).

Ser subjetivada nessa conjuntura coloca as mulheres em um lugar simbólico de desempoderamento e vulnerabilidade psíquica, em decorrência disso, muitas mulheres são levadas a se casarem não com o homem, mas com o casamento; ou a se casarem com o ideal de homem que elas querem que o parceiro se torne, uma vez que uma das pedagogias afetivas do dispositivo amoroso é responsabilizá-las pelos homens e pelo que eles são. Ser escolhida e manter uma relação amorosa duradoura é uma responsabilidade das mulheres, mas também uma confirmação de sua mulheridade. O término é, então, visto como um fracasso, uma falha no ser mulher. Em vista disso, muitas delas preferem o desamor de um relacionamento a não ter nenhum (ZANELLO, 2018). Com a naturalização da ideia de que todas as mulheres desejam um homem, aquelas que permanecem solteiras são interpretadas a partir deste fracasso e consideradas "encalhadas".

Outro dispositivo de subjetivação das mulheres proposto por Valeska Zanello (2018) é o dispositivo materno, marcado pelo processo de heterocentrismo de sua existência, ou seja,

uma pedagogia afetiva que ensina as mulheres a privilegiar as demandas do outro em detrimento de suas próprias, colocando-se sempre disponíveis para o cuidado. Em nossa cultura sexista, as mulheres são ensinadas desde muito novas a cuidar do outro. O cuidado é, então, naturalizado como uma característica feminina, o dispositivo materno atinge não apenas as mulheres que procriam ou desejam procriar: aquelas que não são mães também são chamadas a exercerem o cuidado e a renunciarem a si mesmas para centrarem-se no outro (ZANELLO, 2018).

Foi nesse contexto sexista e patriarcal que o feminismo passou a ocupar espaços públicos com suas bandeiras de questionamento às bases da exploração e dominação que balizam a experiência de ser mulher numa sociedade patriarcal, confrontando os elementos estruturantes da ordem patriarcal-capitalista, que produzem e reproduzem valores, preconceitos e comportamentos baseados na diferença biológica entre os sexos. O feminismo contesta a família nuclear burguesa e econômica, luta pelo fim da heterossexualidade normativa, pelo direito ao aborto e denuncia a exploração da força de trabalho feminina em atividades não pagas, como o trabalho doméstico não remunerado (CISNE; GURGEL, 2008).

É importante resaltar que as tentativas de construção de uma ideia universal sobre “o que é ser mulher”, dessa identidade comum entre todas as mulheres, foi alvo de críticas das feministas negras e latino-americanas, das feministas lésbicas e das feministas dos países de Terceiro Mundo e das ex-colônias. Essa identidade única é excludente e opressora e representa apenas o feminismo branco dominante, que normatiza as estruturas binárias de sexo e gênero (MARIANO, 2005).

Desde as primeiras lutas do movimento feminista, mulheres negras, mulheres pobres, mulheres do campo, mulheres indígenas e mulheres quilombolas, que têm suas demandas específicas, não se sentiam contempladas pela agenda feminista branca e elitizada. Enquanto mulheres brancas lutavam para trabalhar fora de casa, mulheres negras foram forçadas, pela escravização de seus *corpos* negros ou pela necessidade de sobrevivência, a trabalhar desde muito cedo. Mulheres negras, foco deste ensaio, ainda precisavam atuar na luta antiescravista, lutar para serem reconhecidas enquanto mulheres e lutar pelo fim dos linchamentos da população negra e contra o abuso sexual que as empregadas negras sofriam de seus empregadores (DAVIS, 2016).

Sojourner Truth, mulher negra, pregadora pentecostal, ativa abolicionista e defensora dos direitos das mulheres, traz essa incompatibilidade em discurso proferido em 1851, como uma intervenção na Women’s Rights Convention em Akron, Ohio, Estados Unidos, onde clérigos discutiam que mulheres não deveriam ter os mesmos direitos que os homens:

Aqueles homens ali dizem que as mulheres precisam de ajuda para subir em carruagens, e devem ser carregadas para atravessar valas, e que merecem o melhor lugar onde quer que estejam. Ninguém jamais me ajudou a subir em carruagens, ou a saltar sobre poças de lama, e nunca me ofereceram melhor lugar algum! E não sou uma mulher? Olhem para mim? Olhem para meus braços! Eu arei e plantei, e juntei a colheita nos celeiros, e homem algum poderia estar à minha frente. E não sou uma mulher? Eu poderia trabalhar tanto e comer tanto quanto qualquer homem – desde que eu tivesse oportunidade para isso – e suportar o açoite também! E não sou uma mulher? Eu pari treze filhos e vi a maioria deles ser vendida para a escravidão, e quando eu clamei com a minha dor de mãe, ninguém a não ser Jesus me ouviu! E não sou uma mulher? (TRUTH, 1851).<sup>3</sup>

As demandas do feminismo branco não dialogam com a demanda das mulheres negras. Ainda hoje, enquanto mulheres brancas lutam por equiparação salarial com relação aos homens, mulheres negras continuam a receber os piores salários e lutam por equiparação dos salários com outras mulheres. Enquanto mulheres brancas lutam para ocupar mais cargos públicos e privados, mulheres negras desejam poder criar seus filhos sem precisar de dupla ou tripla jornada e sem precisar lutar contra o extermínio de jovens negros que interrompe o direito de maternar ao tomar delas filhos e parcerias.

Ao longo da construção dos feminismos do século XX, as relações entre gênero, classe e heterossexualidade não foram racializadas, pois raça não diz respeito à mulher branca e burguesa da qual tratam esses feminismos. A luta das feministas brancas e da “segunda liberação da mulher”, a partir da década de 1970, firmou-se como uma luta contra os papéis que representavam a subordinação das mulheres burguesas brancas. O feminismo branco igualou mulher branca e mulher, sem entender que elas mesmas são a intersecção de raça, gênero e outras formas de opressão, não vendo, portanto, sentido em racializar essas vivências hegemônicas (LUGONES, 2008).<sup>4</sup>

Historicamente, a caracterização das mulheres europeias brancas como sexualmente passivas e física e intelectualmente frágeis as colocou em oposição às mulheres colonizadas, não-brancas, inclusive as mulheres escravizadas, que, ao contrário, foram caracterizadas ao longo de uma vasta gama de perversão e agressão sexuais e, também, consideradas suficientemente fortes para aguentar qualquer tipo de trabalho (LUGONES, 2008).

Para Maria Lugones (2008), a origem de mulher como uma categoria, definida anatomicamente e subordinada ao homem, é, em parte, produto da imposição de um estado colonial patriarcal. Para as mulheres, a colonização foi um processo de inferiorização racial e

<sup>3</sup> Discurso ‘E não sou uma mulher?’ de Sojourner Truth. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/e-nao-sou-uma-mulher-sojourner-truth/>.

<sup>4</sup> Sem paginação. Disponível em: <https://bazardotempo.com.br/colonialidade-e-genero-por-maria-lugones-2/>.

de subordinação de gênero. É parte desse processo que apenas as mulheres burguesas brancas sejam consideradas mulheres no Ocidente. As fêmeas, excluídas por e nesse conceito, eram, além de subordinadas, vistas e tratadas como animais, como seres sem-gênero, marcadas como fêmeas, mas sem os atributos da feminilidade. Mesmo quando foram convertidas em “versões alternativas de mulheres brancas burgueses”, as fêmeas colonizadas receberam apenas o status de inferioridade que significa ser mulher, porém sem nenhum dos privilégios que esse status representava para as mulheres burguesas brancas (LUGONES, 2008).

### **3 O CRIME PERFEITO: O RACISMO COMO PRODUTOR DE INIQUIDADES EM SAÚDE**

A voz de minha bisavó / ecoou criança / nos porões do navio. / ecoou lamentos / de uma infância perdida. // A voz de minha avó / ecoou obediência/ aos brancos-donos de tudo. / A voz de minha mãe / ecoou baixinho revolta / no fundo das cozinhas alheias / debaixo das trouxas / roupagens sujas dos brancos / pelo caminho empoeirado / rumo à favela // A minha voz ainda / ecoa versos perplexos com rimas de sangue / e fome. // A voz de minha filha / recolhe todas as nossas vozes / recolhe em si / as vozes mudas caladas / engasgadas nas gargantas. // A voz de minha filha / recolhe em si / a fala e o ato. / O ontem – o hoje – o agora. / Na voz de minha filha / se fará ouvir a ressonância / O eco da vida-liberdade (EVARISTO, 2017).

#### **3.1 Marcadores sociais de diferença e interseccionalidade: enxergando diferenças**

Desigualdades econômicas e sociais se expressam em aspectos relacionados ao processo saúde-adoecimento. Pensar em desigualdades em saúde significa considerar, sistemática e explicitamente, as relações entre os determinantes sociais e a saúde. Os determinantes sociais de saúde representam a ideia de que as condições de vida e trabalho dos *indivíduos* e de grupos populacionais estão conectadas com sua situação de saúde. Em 2005, a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDS) da Organização Mundial de Saúde apresentou o conceito de determinantes sociais de saúde como um processo complexo no qual participam fatores estruturais e fatores intermediários da produção de iniquidades em saúde. A partir dele, o racismo e o sexismo foram pensados como fatores estruturais que produzem hierarquização social, levando, assim, a vulnerabilidades em saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os determinantes sociais de saúde são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

As relações entre determinantes sociais e saúde seguem uma complexa hierarquia entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as formas como esses fatores recaem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, não respeitando uma simples relação direta de causa e efeito. Ademais, é importante distinguir os determinantes de saúde enquanto individuais e de grupos e populações, uma vez que não é suficiente somar os determinantes de saúde individuais para conhecer os determinantes de saúde no nível da sociedade. Entender essa cadeia de mediações nos permite ainda identificar os pontos mais sensíveis onde se deve para provocar maior impacto e reduzir as iniquidades de saúde. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Apesar de relevante, essa teoria tem buscado dialogar com outras concepções que, apesar das semelhanças, diferem-se por não destacarem as determinações econômicas frente às variadas perspectivas da desigualdade, que hoje são entendidas como marcadores sociais de diferença, compreendendo gênero, geração, sexualidade, além dos aspectos de raça/cor e classe social (OLIVEIRA et al, 2020).

Os debates sobre marcadores sociais de diferença são relativamente recentes, datam da década de 1990, e versam sobre como são constituídas socialmente as desigualdades e hierarquias entre os *sujeitos*, assim como a maneira pelas quais estas atuam na vida social, com base na produção e reprodução da diferença (ZAMBONI, 2014). Nessa concepção, o *sujeito* é entendido como um ser social, e culturalmente concebido em tramas discursivas, nas quais gênero, sexualidade, raça, classe, religião, nacionalidade, sexualidade, geração, entre outras, não são variáveis independentes, mas se entrelaçam de forma que o eixo de diferenciação do *indivíduo* compõe o outro ao mesmo tempo em que é composto pelos demais (BRAH, 2006). Essas construções sociais antecedem o nosso nascimento e se articulam de maneira a compor maior ou menor inclusão/exclusão social, a depender do quanto as identidades sociais hegemônicas são confrontadas (MELLO; GONÇALVES, 2010). A diferença não é sempre um marcador de hierarquia e opressão. Algumas construções de diferença podem apresentar a diferença como relacional, contingente e variável. Outras, como o racismo, presumem fronteiras consideradas fixas e imutáveis, entre grupos considerados essencialmente diferentes. Sendo assim, faz-se necessário saber se a diferença resulta em desigualdade, exploração e opressão ou em igualitarismo, diversidade e formas democráticas de agência política.

Para ampliar a compreensão das iniquidades e preencher lacunas na compreensão total das causas das desigualdades, pesquisadoras têm se utilizado da abordagem da interseccionalidade. Avtar Brah (2016) nos traz o conceito de interseccionalidade na

perspectiva dos marcadores sociais de diferença. Para a autora, a interseccionalidade procura entender as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre os eixos de subordinação e compreender como esses marcadores produzem, reforçam e dinamizam as desigualdades (BRAH, 2016).

Cunhado pela intelectual negra estadunidense Kimberlé Crenshaw (2002), o termo interseccionalidade propicia a verificação do entrelace e interlocução dos marcadores sociais de raça, gênero, classe, orientação sexual, geração, identidade religiosa, pensados juntos, por vezes, ao mesmo tempo, em direção à determinada realidade social.

Para Kimberlé Crenshaw:

A associação de sistemas múltiplos de subordinação tem sido descrita de vários modos: discriminação composta, cargas múltiplas, ou como dupla ou tripla discriminação. A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação. Ela 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).

Dessa forma, ao falar da intersecção, da conexão, da interdependência das diferentes "variáveis" presentes nas relações sociais e políticas, essa ferramenta abrange um sentido mais complexo das noções de diversidade, diferença e discriminação. A interseccionalidade permite enxergar as diferenças intragrupo, possibilitando visibilizar as singularidades existentes e compreender os princípios de universalidade, integralidade e equidade na política pública (WERNECK, 2016).

Reconhecer o racismo como um dos fatores centrais na produção de iniquidades em saúde, experienciadas por mulheres negras e homens negros, de todas as regiões do Brasil, níveis educacionais e de renda, em todas as fases dos seus ciclos de vida, ainda não foi o bastante para ocupar o vazio deixado pela quebra da hegemonia das teorias eugênicas nas pesquisas em saúde (WERNECK, 2016). Avtar Brah (2006) coloca que, "(...) independente das vezes que o conceito é exposto como vazio, a "raça" ainda atua como um marcador aparentemente inerradicável de diferença social" (BRAH, 2006, p. 331).

### **3.2 As dimensões do racismo**

Para que ocorra o enfrentamento das iniquidades sociais e da maior vulnerabilidade social que afeta pessoas negras, é fundamental reconhecer o racismo em sua dimensão ideológica e como ele molda as relações de poder na sociedade, atuando nas políticas públicas, posto que estas estão entre os mecanismos de redistribuição de riqueza e poder existentes (ALMEIDA, 2019).

O racismo pode ser visto como um sistema, por sua ampla e complexa atuação, seu modo de organização e desenvolvimento, por meio de estruturas, políticas, práticas e normas para deliberar oportunidades e valores para pessoas e populações a partir de sua aparência, atuando em múltiplas esferas (JONES, 2002; WERNECK, 2016).

Segundo Silvio Almeida (2019), o racismo pode ser definido, também, como uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como justificativa e que se exterioriza através de práticas conscientes ou inconscientes, levando a desvantagens ou privilégios, a depender do grupo racial ao qual se relaciona (ALMEIDA, 2019).

As quatro dimensões do racismo que serão abordadas aqui, racismo estrutural, institucional, interpessoal e racismo pessoal/internalizado, coexistem como sistema, estrutura ou eixo de subordinação complexo, transitório e contingente, e atuam provocando efeitos sobre *indivíduos* e grupos, não apenas de suas vítimas, suscitando o que Werneck (2016) descreve como:

Sentimentos, pensamentos, condutas pessoais e interpessoais, atuando também sobre processos e políticas institucionais. Apesar da intensidade e profundidade de seus efeitos deletérios, o racismo produz a naturalização das iniquidades produzidas, o que ajuda a explicar a forma como muitos o descrevem, como sutil e invisível (WERNECK, 2016, p. 541).

O racismo, enquanto dimensão estrutural, se apresenta como consequência da própria estrutura social, do modo como se organizam as relações políticas, econômicas, jurídicas e mesmo familiares, não sendo uma patologia social e nem um desarranjo institucional. Comportamentos individuais e processos institucionais são resultados de uma sociedade em que o racismo é regra e não exceção. A reprodução sistêmica de práticas racistas só é viável porque ele está entranhado na organização política, econômica e jurídica da sociedade. O racismo se exterioriza conscientemente como desigualdade política, econômica e jurídica (ALMEIDA, 2019). Ainda segundo Silvio Almeida (2019), o racismo estrutural, que atravessa os *indivíduos* e a sociedade, se relaciona a diferentes racismos, a depender do contexto (ALMEIDA, 2019).

Dentro dos grupos e formas organizativas e políticas institucionais, pode-se observar a forma institucional do racismo. Essa forma, recorrentemente negligenciada, foi cunhada primeiramente pelos ativistas do grupo Panteras Negras, Stokely Carmichael e Charles Hamilton como: "a falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica"(CARMICHAEL; HAMILTON, 1967).

O racismo institucional atua tanto nas instituições públicas quanto nas privadas, sua ação normativa serve à manutenção, ao condicionamento e até mesmo à indução de práticas subordinadas à hierarquia racial. Dentro dessa questão é necessário entender que esta estrutura institucional, para além de ausência de direitos, reflete uma intencionalidade. O racismo institucional tem uma dimensão performativa e produtiva, vale-se de uma plasticidade das estruturas das instituições que reforça o privilégio de uns em detrimento de outros. Assim, produz e mantém vulnerabilidades nos *indivíduos* e grupos sociais vitimizados pelo racismo (ALMEIDA, 2019).

O racismo interpessoal se expressa em preconceito, discriminação, entre outras condutas intencionais, ou não, entre pessoas. O racismo interpessoal se apresenta, em geral, na forma de discriminação direta, como algo ligado ao comportamento. Existe, ainda, o racismo internalizado, que se traduz na introjeção dos estigmas e visões racistas, com a “aceitação” dos padrões racistas pelos *indivíduos* (JONES, 2002), levando a sentimentos de auto-estranhamento, auto-ódio e negação de si durante seu processo de autoconstrução enquanto *indivíduo*. O racismo interpessoal e o racismo internalizado são subprodutos das formas anteriores do racismo, principalmente do racismo estrutural.

Achille Mbembe (2018), ao trazer o conceito de necropolítica, define que o racismo e a lógica do biopoder – do fazer e deixar morrer– operam conjuntamente a fim de ditar quem pode viver e quem deve morrer.

[...] racismo é acima de tudo uma tecnologia destinada a permitir o exercício do biopoder, “este velho direito soberano de matar”. Na economia do biopoder, a função do racismo é regular a distribuição da morte e tornar possíveis as funções assassinas do Estado. Segundo Foucault, essa é “a condição para aceitabilidade do fazer morrer (MBEMBE, 2018, p. 18).

Observar as diferentes dimensões do racismo como fenômenos que estão dentro da sociedade é perceber suas interpenetrações e suas diferentes significações. Para além de racismos estáticos, é possível observar um aprofundamento das diferentes lógicas de reconhecimento, reprodução e sustentação de iniquidades no momento histórico atual. Desse

aprofundamento, emanam diferentes observações possíveis. Uma das mais evidentes, reflexo de uma história de morte, exclusão e invisibilização, é o aprofundamento da morte em vida e da morte na vida. Este aprofundamento é sustentado, inclusive, por políticas e lógicas operativas, às quais Mbembe (2018) dá o nome de necropolítica. Essa política engendra a morte nas relações interpessoais, na ação repressiva do Estado, na falta de acesso a direitos fundamentais e na luta pela exclusão de determinados grupos da categoria daqueles que merecem ter algum direito. A necropolítica legitima uma historicidade de morte em vida e institucionaliza uma vida de diferentes mortes possíveis. Necropolítica é fazer e deixar morrer.

Para prosseguirmos com nossa análise, é importante, ainda, contextualizar o racismo no Brasil a fim de ser obter uma base de entendimento dos efeitos de tal sistema observados até hoje em diversas dimensões, como já apontado.

### **3.3 Jeitinho brasileiro: contextualizando o racismo no Brasil**

O Brasil, colonizado por Portugal, fez uso legalmente da mão de obra escravizada entre 1530 e 1888, período no qual as escravizadas foram responsáveis pela labuta em todas as atividades de exploração, cultivo agrícola, pecuária e tarefas domésticas. A virada do século XIX para o século XX é assinalada por profundas mudanças sociais e políticas na sociedade brasileira com a abolição do sistema escravista e a instituição do sistema republicano de governo. O Brasil era visto como “atrasado” pela ótica europeia, inspirada pelas teorias racialistas hegemônicas, fundamentadas no determinismo biológico, em especial o darwinismo-social, que considerava a inferioridade das nações consideradas “não brancas”. Isso posto, os países colonizados, como o Brasil, marcados pela escravidão e pela alta mestiçagem, seriam fadados ao fracasso, ao contrário daqueles que não sofreram tais processos, a exemplo das nações europeias, tidas como superiores e merecedoras do status de “civilização” e berço dos intelectuais responsáveis por respaldar cientificamente tais teorias (ANDRADE, 2017; SANTOS, 2008).

A maior parte da população brasileira era constituída por negras ex-escravizadas, fato que gerava preocupação às classes dirigentes da época. A intelectualidade brasileira, respondendo às angústias do Estado, incentivaram o branqueamento da população, a modernização e projeção internacional, como meio de equivaler-se aos países europeus, considerados de elevado grau de civilização. Segundo os princípios científicos adotados na época, pessoas negras eram consideradas inferiores e condenadas ao fracasso, ao passo que as

brancas eram intelectualmente superiores e destinadas a alcançar as melhores posições na sociedade (ANDRADE, 2017). Apesar da condenação ao escravismo, não houve qualquer preocupação com o destino da população negra ex-escravizada ou com as demais trabalhadoras nacionais, devido à desqualificação das negras e mestiças para o trabalho independente, já que eram consideradas incapazes de se tornarem pequenas proprietárias de terras. Assim, a política de ocupação do território voltou-se para a Europa em busca de colônias (MAIO; SANTOS, 1996). Desse modo, o branqueamento seria a solução brasileira para resolver o “problema do negro”, tido como o principal culpado pelo atraso do Estado brasileiro no processo para atingir o status de civilização moderna (ANDRADE, 2017).

Após 1850, a miscigenação tornou-se um assunto valorizado no discurso nacionalista brasileiro, passando a ser vista como um mecanismo para a formação de um “tipo nacional”, como base para o desenvolvimento de uma futura raça brasileira. A miscigenação foi um componente essencial da discussão sobre política imigratória de incentivo à ocupação do território (MAIO; SANTOS, 1996), e passou também a fazer parte das ações públicas que modernizaram o Estado brasileiro, sendo subvencionadas pelo Estado em alguns momentos (ANDRADE, 2017). Almejava-se uma civilização latina e branca, logo, o papel da imigrante seria concorrer para a formação de um “tipo” brasileiro: um papel de construção racial e, dessa maneira, clarear a pele da brasileira do futuro. O elemento privilegiado para colonizar o país seria a imigrante europeia, mas não a de origem portuguesa. Caboclas, negras, mestiças, em geral, e até imigrantes portuguesas serviam para o trabalho pesado, mas não para a agricultura moderna (MAIO; SANTOS, 1996).

O sistema de colonização foi considerado um desastre ao ter permitido que as colônias estrangeiras se concentrassem no Sul do país, em colônias homogêneas, que se colocam à margem da sociedade nacional. Em vista disso, a imigrante, privilegiada outrora, transformou-se em perigo potencial para a nacionalidade, pois sua consciência nacional era pautada em valores estranhos à brasilidade (MAIO; SANTOS, 1996),

No Brasil, com o insucesso das políticas de branqueamento populacional, devido ao elevado percentual de população negra, optou-se pela romantização da mestiçagem para se evitar reconhecer a importância daquela na história e na cultura brasileiras. No período da escravidão, a mestiça era vista como uma degeneração social, porém, já nos discursos dos abolicionistas, a miscigenação passou a ser vista como uma saída para evitar a polarização de raças no Brasil (ARAÚJO, 2008). Ainda na década de 1930, a elite intelectual brasileira começou a defender que o país só seria bem-sucedido se aceitasse o caráter mestiço da nossa sociedade, que seria fruto do cruzamento de identidades entre brancas, negras e índias, as

quais conviviam de forma harmoniosa (ALVES; GALEÃO-SILVA, 2004). A afirmação da miscigenação estaria, então, relacionada com a ideia de que no Brasil criava-se uma nação com uma nova raça: a brasileira, fruto de um hibridismo, de modo que reinaria a homogeneidade racial e cultural e que deixariam para trás, de forma superada, a divisão racial de nossa formação. O mito da democracia racial surge, então, nesse contexto (ARAÚJO, 2008).

O Brasil, enquanto país de origem colonial construído a partir da escravização, vive, desde a década de 1930 até a atualidade, o mito da democracia racial e, ainda hoje, colhe seus frutos. Historicamente, temos diversos grupos marginalizados, cujos membros são excluídos do pleno exercício de sua cidadania. A democracia racial brasileira, defendida ferrenhamente por muitos até nos dias hoje, parte do princípio que as relações de raça, no Brasil, são harmoniosas, e que o critério racial nunca foi relevante para determinar as chances de qualquer pessoa no nosso país, chamamos esse pensamento de mito da meritocracia (ALMEIDA, 2019). Contudo, esse constrangimento brasileiro em se admitir racista não significa que a discriminação racial não exista, apenas torna mais difícil combater o racismo, pois coíbe discussões abertas sobre o tema (FERREIRA, 2019).

A imagem de nação mestiça, que se livrou do problema da discriminação racial e estabeleceu uma referência de integração para o mundo, que sempre foi difundida pelo país, tropeça hoje na decadência do mito da democracia racial. Essa concepção torna mais difícil o reconhecimento de grupos subjugados, da própria discriminação que sofrem e da identificação das pessoas negras a serem incluídas em políticas de combate ao racismo (ALVES; GALEÃO-SILVA, 2004). Segundo Guarnieri e Melo-Silva (2007), no Brasil, o segregacionismo, apesar de não declarado, é praticado socialmente de maneira silenciosa e, dessa forma, a discriminação racial no Brasil traça meios informais de propagação e é dificilmente assumida. Araújo (2008) destaca que grande parte das intelectuais brasileiras segue acreditando que o problema da desigualdade no país é fruto apenas do abismo entre classes sociais e não oriundas do nosso sistema de castas raciais. Essa teoria, que pode ser facilmente desmantelada ao pensarmos o acesso a direitos sociais e econômicos e na evidente diferença de cores predominantes em cada classe social no Brasil, tem sido usada para ocultar a natureza opressiva das relações raciais no país e dificultar que medidas estatais sejam tomadas para minimizar a desigualdade entre pessoas negras e brancas (OLIVEIRA FILHO, 2009). Importante ressaltar que o racismo é contingente e que pode ser construído e experienciado de maneiras diferentes em cenários diferentes. Por exemplo, os Estados Unidos

e o Brasil têm marcadas diferenças na leitura de raças e na compreensão do que é ser negra lá ou aqui (NOGUEIRA, 2007).

No contexto brasileiro, pessoas negras com algumas características fenotípicas que remetem a um fenótipo branco, estabelecido como padrão, têm ainda uma “passabilidade” que, todavia, no momento em que se tornam negras, torna-se, também, uma não-passabilidade: brancas demais para serem aceitas por seus pares, pretas demais para serem aceitas pela branquitude<sup>5</sup>. Isso, na sociedade erigida sobre o cruel mito da democracia racial, como é o caso do Brasil, assume fetiches racistas próprios: “mulata-boa-de-cama”, “morena-cor-de-jambo”, “moreno-sexualmente-dotado”. O racismo no mundo, em especial no Brasil, tem uma paleta de cores que o personaliza pelas tonalidades, desde as mais claras às mais retintas. Neusa Santos Souza (1983) traz ainda relatos que mostram dentro de uma perspectiva colorista que pessoas com pele mais clara se considerariam mais “passáveis”. Na prática, na sociedade racista não-racializada, isso pode tender a atrasar o processo de autoidentificação dela enquanto pessoa negra, mas é evidente que tornada negra ou não, sua narrativa vai ser atravessada pelo ideal nunca completamente alcançado da branquitude e pelas microagressões raciais<sup>6</sup>, completamente conscientes ou não desse processo.

O antropólogo Kabengele Munanga na entrevista “Um intérprete africano do Brasil: Kabengele Munanga”, realizada por Sylvia Dantas, Ligia Ferreira e Maria Pardini Bicudo Vêras, e publicada na Revista USP em 2017, responde sobre o porquê de entender o racismo brasileiro como um crime perfeito:

Todos os racismos são abomináveis, são crimes, mas eu achei que o racismo brasileiro é um crime perfeito partindo da ideia de um judeu prêmio [Nobel] da Paz que disse uma vez que o carrasco mata sempre duas vezes, a segunda pelo silêncio, e nesse sentido achei o racismo brasileiro um crime perfeito. É como um carrasco que você não vê te matando, está com um capuz; você pergunta pelo racista e você não encontra, ninguém se assume, mas o racismo e a discriminação existem. Esse racismo matava duas vezes, mesmo fisicamente, a exclusão e tudo, e matava a consciência da própria vítima. A consciência de toda a sociedade brasileira em torno da questão, o silêncio, o não dito... Nesse sentido, era um crime perfeito, porque não deixava nem a formação de consciência da própria vítima, nem a do resto da população através do chamado mito da democracia racial (DANTAS; FERREIRA; VÉRAS, 2017, p. 40).

---

<sup>5</sup> Branquitude é a sensação de pertencimento ao grupo étnico das pessoas brancas, que implica em introjeção de uma série de comportamentos e expectativas relacionados ao posicionamento do branco na hierarquia racial da sociedade racista. Este posicionamento, este ser no mundo, vai para além dos fenótipos brancos e se expressa através dos códigos e relações do dia a dia, que privilegiam simbolicamente tudo aquilo que é claro ou mesmo lembre brancura. É a lógica da sociedade que enxerga o ser branco como o ser mais (SCHUCMAN, 2012).

<sup>6</sup> Esse conceito será trabalhado no decorrer do trabalho. Em resumo, as microagressões raciais são agressões veladas, internalizadas no discurso, porém que conseguem ser percebidas pela pessoa negra, ainda que inconscientemente.

É importante destacar que, ainda na década de 1980, Lélia Gonzalez já fazia essa crítica ao mito da democracia racial brasileira. Para Lélia Gonzalez (1988), o racismo é um sintoma da neurose cultural brasileira, que tenta apagar a existência negra, através do mito da democracia racial e do mito da superioridade branca. Lélia diz que o racismo brasileiro (e em toda América Latina, como chama) é um racismo por denegação, que nega e fetichiza o negro num lugar de subserviência e infantilidade, e diz ser por isso que Millor Fernandes afirma que “no Brasil não existe racismo porque os negros reconhecem o seu lugar”. A autora (GONZALEZ, 1979) também traz reflexões sobre como a ideologia do branqueamento e o mito da democracia racial também fazem parte dos discursos feministas embranquecidos, que exclui mulheres negras quando levam em consideração a dominação sexual, social e econômica que a mulheres estão submetidas, mas se calam para a opressão racial vivenciada pelas mulheres negras. Lélia Gonzalez (1984), para exemplificar o racismo por denegação e o mito da democracia racial, analisa as imagens produzidas das mulheres negras através do mito de representatividade da mãe preta e da mucama através de seus desdobramentos na doméstica e na mulata de Carnaval.

#### **4 QUEM É A MULHER NEGRA NO BRASIL: UM RETRATO EM NÚMEROS**

No Brasil, mulheres<sup>7</sup> negras representam um total de 58,9 milhões, levando em consideração a projeção populacional do IBGE para o ano de 2021, o que, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua (2018), representa 27,8% da população brasileira, sendo composta por 9,4% que se declaram pretas e 46,8% que se declaram pardas.

Assim como no total da população brasileira, as pessoas de cor ou raça preta ou parda constituem, também, a maior parte da força de trabalho no país, sem diferença significativa quando realizado recorte por sexo. Os resultados de 2018 (IBGE, 2018) indicaram que, tanto para homens, quanto para mulheres, de cor ou raça preta ou parda, a situação é mais desvantajosa no que diz respeito à presença em trabalhos informais. O recorte em categorias de rendimento mostrou que tanto na ocupação formal, como na informal, as pessoas pretas ou pardas receberam menos do que as de cor ou raça branca. É notável a vantagem dos homens brancos sobre os demais grupos populacionais, com a maior distância de rendimentos ocorrendo quando comparados às mulheres pretas ou pardas, que recebem menos da metade

---

<sup>7</sup> O IBGE não considera identidade de gênero, portanto, os números aqui apresentados são referentes a mulheres cisgênero apenas.

do que os homens brancos (44,4%). A mulher branca representa o segundo grupo melhor remunerado, que possui rendimentos superiores não só aos das mulheres pretas ou pardas, como também aos dos homens negros (IBGE, 2018).

Enquanto o trabalho considerado qualificado é dominado por uma maioria branca, o tido como braçal, a exemplo do trabalho doméstico, fica a cargo, predominantemente, das mulheres negras. No caso da contratação de trabalho doméstico, são mulheres, geralmente, negras e pobres, com baixa escolaridade, que assumem o trabalho doméstico de famílias mais privilegiadas, viabilizando que os homens continuem se desresponsabilizando por esse trabalho e que outras mulheres, em geral brancas e com maiores recursos, possam diminuir sua sobrecarga de trabalho doméstico, entrar no mercado de trabalho e, assim, apaziguar eventuais tensões e conflitos causados por um estremecimento da divisão sexual tradicional do trabalho (IBGE, 2018).

Mulheres negras chefiam 41,1% das famílias brasileiras e recebem, em média, apenas 58,2% da renda das mulheres brancas, de acordo com dados de 2015 extraídos do Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea (IPEA, 2015; CAVENAGHI, 2018).

Na educação, embora as mulheres apresentem melhores indicadores educacionais que os homens negros, a taxa de conclusão do ensino médio dos homens brancos (72,0%) era maior que a das mulheres pretas ou pardas (67,6%).

Com relação à formação de médicas no nosso país, um estudo sobre demografia médica divulgado em 2018, quanto aos dados por raça/cor, a única menção que o estudo faz diz respeito às médicas recém-graduadas:

Os médicos recém-graduados no Brasil, na sua grande maioria, são solteiros, brancos, não têm filhos, dependeram financeiramente dos pais na graduação e ainda moram com eles. A maioria cursou ensino médio em escola particular e fez cursinho pré-vestibular. Seus pais têm ensino superior. Um total de 77,2% dos entrevistados se autodeclara da cor branca, porcentagem que sobe para 89,5% na região Sul, 80,9% no Sudeste, e cai para cerca de 54% no Nordeste e no Norte. Apenas 1,8% se declararam negros e 16,2%, pardos. Segundo o Censo do IBGE de 2010, no total da população brasileira, 7,6% se declararam negros, e 43,1%, pardos (SCHEFFER, 2018, p.65).

#### **4.1 A saúde da mulher negra: ditando o seu lugar no mundo**

Acordar cedinho todos os dias. Põe a lata na fila da bica adianta o almoço, prepara o café, acorda as crianças, lava a roupa mais pesada e desce pra ir pro emprego. Antes, deixa as crianças na escola. Quando é preciso levar as crianças ao médico, acorda de madrugada. Se a gente chega no posto às sete, a fila já está enorme, a gente pega número alto e só é atendida lá pro meio-dia. Então tem que ir bem cedo, né? E olha

que aquela gente lá já não trata a gente muito direito não, sabe? Trata que nem cachorro. Só porque a gente é preto e pobre. Noutro dia levei a minha mais nova lá porque estava tossindo muito, com febre e sem querer comer. A doutora nem pôs a mão nela pra examinar. Ficou de longe, perguntando uma porção de coisas sem tocar a criança. Fiquei com tanta raiva que disse pra ela que minha filha não era leprosa não. Será que a gente tem culpa de ter nascido assim? (GONZALEZ, 2018).

Mulher, preta, pobre, periférica – e aqui podemos acrescentar ainda outras categoriais, como lésbica (sexualidade), velha (geração), portadora de deficiência (capacitismo). É a intersecção desses marcadores de diferenças, que atuam diretamente sobre essa mulher, que vai intervir no seu lugar no mundo (VEIGA, 2020). Para Patricia Hill Collins (2019), as principais formas de opressão são raça, classe, gênero, sexualidade, nação, idade e etnia. Para a teórica, as três primeiras caracterizam as relações escravagistas nos Estados Unidos. Esse entrelaçamento de opressões torna-as mais vulneráveis às desigualdades sociais existentes na atenção à saúde e se faz evidente no apagamento das mulheres negras nas produções de saúde. Jurema Werneck (2016) analisou as produções sobre saúde dessa população e evidenciou que:

A revisão da literatura especializada publicada no Brasil expõe a baixa presença que a saúde da mulher negra tem nos periódicos nacionais dedicados às Ciências da Saúde. (...) Não é possível auferir aqui, com exatidão, a extensão dessa lacuna ou distinguir sua origem. Ou seja, não há como saber as razões do baixo índice de publicações sobre o tema: se por desinteresse, falta de estímulos ou existência de restrições explícitas nas instituições de pesquisa; se devido a barreiras interpostas pelos conselhos editoriais dos diferentes periódicos; ou, ainda, se devido a combinações entre os variados elementos (WERNECK, 2016, p.536).

A escassa produção acadêmica sobre a saúde da mulher negra representa um reflexo do racismo institucional na saúde e serve de base para entendermos como o tema tem sido tratado no meio acadêmico, desde as barreiras impostas pelas instituições, quando se pensa em abordar o tema, até a aceitação dessas pesquisas para publicações. A maior parte das diretrizes e estratégias de atuação em saúde da população negra teve origem fora do sistema de saúde, como fruto da luta dos movimentos negros, principalmente do movimento feminista negro. As instituições de pesquisa, os órgãos de fomento e as instâncias gerenciais do SUS se fizeram ausentes na maior parte desse processo (WERNECK, 2016). Enquanto a academia, branca-heterossexual-elitista, não reconhecer seus privilégios e se envolver ativamente em uma prática de saúde antirracista, a saúde da mulher negra continuará negligenciada.

O relatório *Saúde Brasil 2019: uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização* apresenta informações e análises discriminadas segundo raça, cor e etnia. Esse relatório aponta que a população negra apresenta maiores taxas

de mortes por violências, maiores dificuldades de acesso e insatisfação com atendimento às gestantes e maior mortalidade materna, maiores prevalências de relatos de discriminação no atendimento em serviços de saúde entre *indivíduos* de baixa renda e não brancos (BRASIL, 2019).

Em versão anterior do relatório do Saúde Brasil (2005), verificou-se que 62% das mães de nascidas brancas referiram ter passado por sete ou mais consultas de pré-natal. Para as mães de nascidas indígenas, o percentual foi de 27%, para as mães de nascidas pardas, 31,1% e para mães pretas, 37,5% (BRASIL, 2005; DINIZ et al., 2016). A análise dos dados também permitiu constatar que: as mulheres negras grávidas morrem mais de causas maternas, a exemplo da hipertensão própria da gravidez, que as brancas; as crianças negras morrem mais por doenças infecciosas e desnutrição; e, nas faixas etárias mais jovens, as negras morrem mais que as brancas (BRASIL, 2005).

Além de representar a maior parte da população brasileira, segundo os últimos censos do IBGE, a população negra representa também a maior parcela das pessoas atendidas no Sistema Único de Saúde: 76% dos atendimentos e 81% das internações no SUS são de usuárias e usuários negros (IPEA, 2006; MATOS, TOURINHO, 2018). Dados mais recentes da pesquisa do IPEA revelam que, em 2008, a população negra representou 67% dos atendimentos ofertados no SUS (IPEA, 2011).

Segundo Perpétuo (2000) e Chacham (2000), em 1996, as mulheres negras apresentaram menores chances de serem avaliadas em consultas ginecológicas completas e em consultas de pré-natal, maiores chances de terem menos consultas que o preconizado, menores chances de ter sua primeira consulta de pré-natal em período igual ou inferior ao quarto mês de gravidez, a serem informadas sobre os sinais do parto, alimentação saudável durante a gravidez e sobre a importância do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida da bebê, maiores chances de não receberem oferta de exame ginecológico pós-parto. Por outro lado, mulheres negras apresentaram maiores chances de ter a primeira filha com 16 anos ou menos, de engravidar ainda que não quisessem, de não receber assistência médica durante todo o período gravídico e/ou de não serem examinadas adequadamente (BRASIL, 2005; CHACHAM, 2000; PERPÉTUO, 2000).

Em um estudo, Leal e colaboradores (2005) evidenciaram que, além dos eventos no entorno mais imediato do parto, as desigualdades de raça/cor se estendem ao longo do processo mais amplo da gravidez. Além de um número menor de consultas e exames de pré-natal, mulheres pretas e pardas vinculam-se menos à maternidade para o parto, recebem menos orientações e têm mais necessidade de recorrer a mais de um hospital até o momento

da internação. Apesar do direito garantido à presença de acompanhante de livre escolha da mulher durante o parto (BRASIL, 2005), mulheres pretas e pardas têm maiores chances de ficarem sem acompanhantes durante toda a internação para o parto, fato este que se associa ao relato de maior maltrato nos serviços de saúde, pior relação com as profissionais e menor satisfação com o atendimento recebido. Leal e colaboradores (2005) verificaram que mulheres pretas recebem menos anestesia local quando submetidas à episiotomia, o que nos leva a pensar em uma menor preocupação por parte das profissionais de saúde com o conforto dessas mulheres. Os mesmos autores nos trazem ainda o dado que profissionais de saúde associam uma suposta melhor adequação da pelve das mulheres pretas para parir, fato que justificaria a não utilização de analgesia.

A questão da gravidez indesejada no Brasil, culminando com a necessidade de aborto ilegal por meio de práticas inseguras e/ou clandestinas, afeta principalmente mulheres com baixo grau de escolaridade, pobres e negras (ANJOS; SANTOS; SOUZAS; EUGENIO, 2013). Segundo Martins e Mendonça (2005), abortar de modo inseguro pode ser considerado uma injustiça social: na Razão de Mortalidade Materna por aborto, a proporção para as mulheres negras é de 11,28/100 mil nascidos vivos, ou seja, duas vezes maior ao comparado com as mulheres brancas (MARTINS; MENDONÇA, 2005).

Segundo Jurema Werneck (2016), podemos considerar como marcadores de vulnerabilidade das mulheres negras o HIV, a baixa escolaridade, a renda e, conseqüentemente, acesso a bens e serviços. Os métodos contraceptivos utilizados por essas mulheres não as protegem contra a infecção pelo HIV, o que é evidenciado pelo baixo índice de utilização sistemática do preservativo. Quanto ao uso do preservativo, percebe-se forte influência de questões de gênero, que acabam por tornar essas mulheres menos autônomas e mais vulneráveis à infecção. Além desses fatores, dados apontam uma vulnerabilidade relacionada aos serviços de saúde, como acesso inadequado, profissionais de saúde que não são reconhecidas como fontes potenciais de informação sobre HIV/aids e a não sistematização do aconselhamento na testagem anti-HIV (WERNECK, 2010; ALBUQUERQUE, MOCO, BATISTA, 2010).

Quanto à realização de mamografia, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2008) constatou que a prevalência do rastreamento era maior para mulheres brancas, de maior renda, de maior escolaridade ou que moravam em regiões metropolitanas de melhor padrão socioeconômico (CHOR, 2013). Chor e colaboradores (2011) já haviam sugerido que ser preta ou parda poderia constituir uma das barreiras para a realização de mamografia,

especialmente entre as mulheres de maior renda, entretanto, nas parcelas mais pobres, a raça/cor parece ter menos influência na realização do exame.

A recente pandemia da Covid-19 realça um fato antigo, porém discutido até então apenas entre pesquisadoras negras e aliadas que produzem conhecimentos em saúde da população negra: analisar as desigualdades existentes sem levar em conta os processos que conduziram ao seu surgimento e à manutenção do atual status de saúde da população negra é uma expressão de racismo (LOPES, 2020), também conhecido como racismo acadêmico<sup>8</sup> (MOORE, 2012). A análise dos dados dos sistemas de informação em saúde nos mostra que 54,8% das pessoas negras internadas com Covid-19 morrem, enquanto entre as pessoas brancas o percentual é de 37,9%. Ainda que negras de menor escolaridade morram mais, entre as mais escolarizadas também são as pessoas negras as principais vítimas fatais da doença. Mesmo nos municípios com maior índice de desenvolvimento humano, quando os dados são desagregados por raça/cor e analisados, é possível verificar que negras também morrem mais por Covid-19 (BATISTA et al., 2020). Varga, Silva, Araujo, Lopes, Souza (2020) trazem uma importante discussão em seu artigo *Um retrato das desigualdades étnico-raciais na saúde*, que utilizou dados publicados até a terceira semana de junho de 2020. Entretanto, com a divulgação de novo boletim epidemiológico em janeiro de 2021, usarei aqui os dados mais atualizados, que não divergem da discussão trazida pelos autores, pelo contrário, corroboram. Embora o Ministério da Saúde tenha divulgado em seus boletins epidemiológico dados desagregados por raça/cor incompletos, com registros nos quais em 21,9% dos casos não possuem a informação raça/cor registrada ou ignoraram a informação, 38% dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) decorrente da Covid-19 foram em pessoas pretas e pardas e 41,6% das pessoas que evoluíram a óbito por SRAG eram pessoas pretas e pardas. Em relação às gestantes, a raça/cor parda é a mais frequente entre os casos de SRAG (2291), seguida da branca (1349), preta (641), amarela (45) e indígena (75). Ainda, 870 casos

---

<sup>8</sup> Fernando de Sá Moreira (2020) conceitua o racismo acadêmico como a proposição, instituição, emprego e/ou manutenção na academia de regimes de poder estruturais e estruturantes, a partir dos quais determinados grupos étnico-raciais são ou preteridos, aviltados e ignorados, ou privilegiados, apoiados e fortalecidos em função de seu pertencimento étnico-racial e dentro de uma lógica de supremacismo racial. Isso pode ocorrer de forma direta ou indireta. O racismo acadêmico não é um fenômeno cristalizado e uniforme, uma vez que o exercício acadêmico de poder racial é fluido, mutável e adaptável. Não sendo mais socialmente adequado usar um discurso público explicitamente racista, abre-se mão desse discurso, mas as práticas e organizações que promovem o racismo são mantidas e podem ser mesmo fortalecidas. Para mais, leia em: FIGUEIREDO, ÂNGELA, & GROSGOUEL, R. (2010). Racismo à brasileira ou racismo sem racistas: colonialidade do poder e a negação do racismo no espaço universitário. *Sociedade E Cultura*, 12(2), 223-234. <https://doi.org/10.5216/sec.v12i2.9096> e SA MOREIRA, FERNANDO. Racismo acadêmico e Estudos Filosóficos Negros. *Ensaio Filosóficos*, v. 21, p. 57-83, 2020.

não possuem a informação de raça/cor registrada. Quanto aos dados dos óbitos por COVID em gestantes, as mulheres negras (142) foram as que mais morreram, seguidas das mulheres brancas (66) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

## **5 PRODUZIR SAÚDE E PRATICAR CUIDADO: CONCEPÇÕES DO CUIDADO EM SAÚDE**

As práticas de cuidado na nossa sociedade são caracterizadas pela intensa presença de profissionais e instituições de saúde como provedores desse cuidado, de tal maneira que muitas vezes reduz-se cuidado às práticas realizadas por essas profissionais nos serviços de saúde, refletindo a profunda influência do processo de medicalização na nossa sociedade (TESSER, 2006). Para pensar criticamente as práticas de cuidado é importante refletir sobre o processo de medicalização da nossa sociedade como um produtor de efeitos de colonização e tutela desmedidas e de normatizações da vida social e das pessoas. É essencial que entendamos cuidado em saúde como uma prática social e não apenas como um valor. O cuidado, quando não reproduzido em sua natureza de prática social, intencionalmente, pode servir a diversos interesses, inclusive, muitas vezes, opostos ao sentido do cuidado que almejamos ofertar.

O cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira, calcado em adscrição de clientela, lógica territorial e territorialização enquanto ferramenta para tomar posse dessa área, pode ser pretexto para controle de corpos. Entender a intencionalidade por trás de cada tecnologia de cuidado e tomar consciência da sua prática para além de tratar o cuidado como um mero valor é entender que esse cuidado promove reprodução de determinadas práticas: não apenas atua em agravos específicos, mas também nos marcadores sociais de diferença. Dessa forma, é importante assumir o cuidado no seu amplo e diário sentido de prática social e não apenas como um valor.

As práticas sociais de cuidado em saúde variam e remodelam-se ao longo do tempo e têm diferentes significados em sociedades diversas. Tais práticas não se restringem às desenvolvidas pelas profissionais de saúde em serviços de saúde, logo, a produção de cuidado, de que tanto falamos, não ocorre exclusivamente no encontro entre usuárias e trabalhadoras de saúde. Muito embora esses encontros se prolonguem, se conectem e se desdobrem em ações outras de cuidado, impactando diretamente a vida das pessoas, não podemos desconsiderar que este encontro foi precedido por uma longa história de práticas de

cuidado (de cuidado de si, de cuidado familiar, de cuidado por outras equipes e profissionais da saúde), que também vão impactar na produção de cuidado (MELO; MATTOS, 2018).

O cuidado praticado pelas profissionais de saúde varia de acordo com as racionalidades médicas, ou seja, um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes com razão médica e eficácia terapêutica próprias, coerentes com seu estilo de pensamento (TESSER, LUZ, 2008). Aqui trago a concepção de cuidado produzido pelas profissionais de saúde a partir da lógica ocidental, do cuidado biomédico. Entretanto, é importante lembrar que a Medicina Chinesa e Ayurveda, por exemplo, tem outra lógica de cuidado.

Profissionais de saúde têm uma função terapêutica e a práxis dessa função precisa se inserir dentro de uma concepção de cuidado específica. Existem diversas situações que são situações terapêuticas e o cuidado é essencialmente isso. Para Boff (1999), a essência do ser humano é o cuidar. Lembra o autor que um dos primeiros fósseis humanos em que se pode observar a existência das relações sociais e relações humanas foi justamente o fóssil de uma fratura de fêmur consolidada, o que mostra que, durante algum tempo, aquela pessoa não podia se locomover e, por isso, ela recebeu algum cuidado. Essa foi a primeira prova de que durante o período pré-histórico havia alguma relação humana. Logo, podemos afirmar que cuidado, enquanto essência do ser humano, não apenas faz parte das ações terapêuticas proporcionadas pela profissional de saúde, é uma ação permanente das pessoas dentro das suas relações afetivas. Quando se inserem num contexto de cuidado, profissionais de saúde precisam assumir essa postura que não é apenas uma postura de usar as melhores evidências científicas, embora muito importante para garantir alguma efetividade na cura de doenças e prevenção de riscos, por exemplo, mas também para que esse processo, esse cuidado, tenha um significado de cuidado, e não de controle da pessoa. (BOFF, 1999).

A pessoa que chega para um atendimento em saúde traz expectativas, demandas e necessidades de saúde. O alcance da necessidade de saúde envolve uma práxis do cuidado enquanto produção social e depende de uma relação dialógica e compreensiva entre a agenda da profissional de saúde e a agenda da pessoa. A agenda da profissional de saúde se constrói a partir de uma estrutura teórica e empírica, norteadas pelos princípios de prevenção e promoção de saúde, reabilitação, cura de agravos e atenção a problemas de saúde prevalentes, entendimento este que é moldado por conceitos abstratos sobre o que é saúde e o que é problema de saúde. Essa agenda é tensionada por sua formação acadêmica e influenciada pelo complexo médico-industrial, através de dispositivos de gestão de cuidado do Estado, dos currículos explícito e oculto da sua área técnica, e tudo o mais que aquela considera relevante para o seu ideal de prática clínica. Por fim, essa agenda, enquanto prática social e expectativa

de cuidado, também é atravessada pela forma como a profissional de saúde enxerga o *objeto* do cuidado, seja este um grupo de *indivíduos* ou um *indivíduo* específico, em uma perspectiva de raça, gênero, sexualidade e classe social. A agenda da pessoa tem relação profunda com sua experiência de vida. Disparar este processo dialógico não envolve simplesmente mostrar para essa pessoa que ela está sendo escutada ou que a profissional está presente para escutá-la o tempo que for preciso. Para, além disso, a fim de ser um processo de fato dialógico, deve-se levar em conta essa agenda que a pessoa traz e, através de troca de informações e prática da tecnologia da comunicação, combinar com aquilo que a profissional aprendeu na academia e trouxe de evidências científicas para poder proporcionar algo que faça sentido enquanto cuidado na narrativa de vida da pessoa cuidada (MELO; MATTOS, 2018).

No encontro terapêutico entre a usuária e a profissional de saúde, esta pode lançar mão de ferramentas tecnológicas para agir, que podem ser divididas em tecnologias leves, leve-duras e duras. As tecnologias duras são aquelas que utilizam tecnologias científicas, como manuseio de máquinas e equipamentos, e protocolos para investigações clínicas e raciocínio clínico. As tecnologias leve-duras são aquelas representadas pelos saberes bem estruturados, pela clínica e pela epidemiologia. As tecnologias leves, por sua vez, são aquelas implicadas com a produção de relações entre dois *sujeitos* no espaço relacional trabalhadora-usuária. Seriam então as tecnologias leve-duras as que dariam espaço para a profissional considerar os sentimentos e expectativas da usuária, através dos saberes estruturados e da interação que se faz no momento do cuidado (MERHY, 2000).

## **6 SUBJETIVIDADE, INTERSUBJETIVIDADE E PRÁTICAS DE CUIDADO**

### **6.1 O corpo educado e a construção do *sujeito*: tornando-se um *sujeito***

A construção do *sujeito* perpassa pela existência das identidades sociais, sejam elas sexuais, de gênero, de raça, de nacionalidade ou de classe, que se definem no âmbito da cultura e da história. São essas plurais e diversas identidades, que partem de situações, instituições e agrupamentos sociais diversos, que instigam o *sujeito* em construção. Legitimar-se enquanto pertencedora de determinada identidade pressupõe responder afirmativamente ao que se espera do sentido de pertencimento a um grupo social de referência. Guacira Lopes Louro (2013) nos lembra, porém, que somos *sujeitos* de identidades plurais e múltiplas, que podem exigir lealdades distintas, divergentes ou até discordantes entre si. Podendo, ainda, ser

descartadas após determinado período, sendo, portanto, transitórias. Em resumo, essas identidades sociais têm, então, caráter instável, fragmentado, histórico e plural.

Segundo Goffman (1978), uma das formas possíveis de entendimento dos diversos papéis sociais que desempenhamos é a compreensão da dramaturgia por trás deles. O autor observa a influência no contexto social como fator determinante para que interpretemos determinados papéis. Em outro momento, Goffman retoma os trabalhos de Becker sobre “Estigma”, que demonstram como a sociedade identifica determinadas características de diferença dos *indivíduos*, características essas não consideradas normativas segundo sua própria e arbitrária referência, a exemplo das concepções sobre mundo, sexualidade, raça entre outras, para determinar expectativas sobre como estes *indivíduos* “desviantes” se comportam. Isso é algo que influencia profundamente suas trajetórias “desviantes”, pois sempre tem que considerar essas expectativas na interpretação de seu papel social, que é como interpretam a si em ato (GOFFMAN, 1978).

Nossos corpos compreendem a referência dessa identidade, esperamos que eles, sem ambivalências ou inconsistências, ditem essa identidade. Através da aparência do corpo e de suas marcas biológicas, tendemos a deduzir uma identidade de gênero, sexual ou étnica, todavia, o processo é muito mais complexo e essa dedução é, por muitas vezes, errônea. Os corpos são significados e constantemente modificados pela cultura. Guacira Lopes Louro (2013) questiona que deveríamos nos perguntar de que maneira determinada característica passou a ser significada como uma “marca” definidora da identidade e quais os significados estão sendo atribuídos a essa marca ou a aparência nesse momento e nessa cultura. Os corpos são modificados pela ação do tempo, das doenças, das modificações de hábitos de vida e de hábitos alimentares, das infinitas possibilidades de prazer ou com as novas formas de intervenção médica e tecnológica (LOURO, 2013). A partir disso, podemos concluir que os corpos não são tão evidentes quanto popularmente se acha, da mesma forma que as identidades não são uma consequência direta do que esses corpos evidenciam.

Para Avtar Brah (2006), a construção da identidade do *sujeito* perpassa por questões de experiência, subjetividade e relações sociais. A subjetividade, esse “lugar do processo de dar sentido a nossas relações com o mundo, é a modalidade em que a natureza precária e contraditória do *sujeito*-em-processo ganha significado ou é experimentada como identidade” (BRAH, 2006, p. 371).

Não é possível pensar *sujeitos* negros ou tomar como processos subjetivos negros, sem ponderar os impactos da colonialidade na construção da racialidade. A colonialidade “atravessa as relações sociais, funda e refunda arquiteturas, atua através da linguagem

enquanto violência, classifica, hierarquiza, subjuga, desumaniza e extermina” (LIMA, 2020)<sup>9</sup>. A acentuação das características fenotípicas negras inscreve neste corpo uma marca de identidade. Para Fanon (1983), o “corpo negro” é experienciado como um corpo mutilado, estigmatizado, objetivado. Fanon conta de um episódio em que percebeu que a cor de sua pele era o elemento primordial que o definia:

‘Olhe, um negro!’ [...] ‘Mamãe, um negro, tenho medo!’ [...] Então, o esquema corporal, atingido em vários pontos, desabou, cedendo lugar a um esquema epidérmico racial. De repente, não mais se tratava de um conhecimento de meu corpo em terceira pessoa, mas em três pessoas. De repente, ao invés de um, deixavam-me dois, três lugares. [...] Não encontrava coordenadas febris do mundo (FANON, 1983, p. 93).

Para o autor, a pessoa negra recebe a “marca do estigma” e sua cor de pele é utilizada como o principal elemento para essa estigmatização, processo que chama de esquema epidérmico do sistema colonial, o qual é o alicerce dos discursos culturais, históricos e políticos de estigmatização da pessoa negra. A constituição do *sujeito* negro passa pela negação do próprio corpo, ou de uma parte dele, na busca de descodificá-lo, em um processo de emancipação daquilo que aprisiona ou exclui, tendo o próprio corpo negro como um lugar da subordinação ou de exclusão. Esse processo de descodificação é uma metamorfose dolorosa, como se fosse preciso “cortar da própria carne”, pois se “sofre na pele” (FANON, 1983).

Neste processo de reconhecimento de identidades, constrói-se também a atribuição de diferenças, o que leva a instituição de desigualdades, de ordenamentos, de hierarquias, que refletem as imbricadas redes de poder presentes na sociedade em que esses corpos estão inseridos, levando a construção e reconhecimento da “Outra”, aquela que não compartilha dos atributos do lugar social dominante. Esses processos são produzidos por construção social e determinam os contornos que demarcam as fronteiras entre aquelas que são representantes da norma, que estão em consonância com os padrões culturais pré-estabelecidos, e aquelas que ficam fora dela, às suas margens (LOURO, 2013). Guacira Lopes Louro (2013) ressalta que, em nossa sociedade, a norma que se estabelece, historicamente, remete ao homem branco, heterossexual (e aqui acrescento cisheteronormativo), de classe média urbana e cristão, e essa passa a ser a referência que não necessita de nomeação. Esse homem-branco-cisheteronormativo é o

---

<sup>9</sup> Sem paginação. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672020000300007#:~:text=Mais%20do%20que%20uma%20palavra,%2C%20subjuga%2C%20desumaniza%20e%20extermina](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672020000300007#:~:text=Mais%20do%20que%20uma%20palavra,%2C%20subjuga%2C%20desumaniza%20e%20extermina)

padrão, o *sujeito* padrão, e aquelas que divergem dessa referência são os “outros” *sujeitos* sociais, que serão definidas e denominadas a partir dessa referência.

Sobre o processo de diferenciação e classificação dos *sujeitos*, Louro (2013) nos traz que quando os *sujeitos* são categorizados, abre-se espaço para que a sociedade estabeleça divisões e atribua rótulos para fixar as identidades. Dessa forma, a sociedade separa, de formas sutis ou violentas, e também distingue e discrimina. Tomaz Tadeu da Silva (1998) analisa:

A representação não é um campo passivo de mero registro ou expressão de significados existentes. A representação tampouco é simplesmente o efeito de estruturas que lhe são exteriores: o capitalismo, o sexismo, o racismo... Os diferentes grupos sociais utilizam a representação para forjar a sua identidade e as identidades dos outros grupos sociais. Ela não é, entretanto, um campo equilibrado de jogo. Através da representação se travam batalhas decisivas de criação e imposição de significados particulares: esse é um campo atravessado por relações de poder. A identidade é, pois, ativamente produzida na e através da representação: é precisamente o poder que lhe confere seu caráter ativo, produtivo (...) o poder define a forma como se processa a representação; a representação, por sua vez, tem efeitos específicos, ligados, sobretudo, à produção de identidades culturais e sociais, reforçando, assim, as relações de poder (SILVA, 1998).<sup>10</sup>

Segundo Louro (2013), os grupos sociais que estão nesse local de poder ocupam posições centrais, ditas “normais” (de gênero, de sexualidade, de raça, de classe, de religião etc). Esses grupos sociais hegemônicos:

Falam por si e também falam pelos "outros" (e sobre os outros); apresentam como padrão sua própria estética, sua ética ou sua ciência e arrogam-se o direito de representar (pela negação ou pela subordinação) as manifestações dos demais grupos. Por tudo isso, podemos afirmar que as identidades sociais e culturais são políticas (LOURO, 2013, p. 12).

Como diz Tomaz T. Silva (1998), a “política de identidade”, entendida como a conexão entre representação, identidade e poder, assume um importante significado nessa conjuntura, visto que é através dela que os grupos subordinados contestam a hegemonia e normalidade das identidades ditas normais. Entendendo que a identidade é política, que a representação é política, os diferentes grupos sociais e culturais, definidos através de uma variedade de dimensões (classe, raça, sexualidade, gênero, etc.), reivindicam seu direito à

<sup>10</sup> Sem paginação. Disponível em:

<http://smeduquedecaxias.rj.gov.br/nead/Biblioteca/Forma%C3%A7%C3%A3o%20Continuada/Curr%C3%ADculo/PO%C3%89TICA%20E%20A%20POL%C3%8DTICA%20DO%20CURR%C3%8DCULO%20COMO%20REPRESENTA%C3%87%C3%83O.htm#:~:text=Uma%20po%C3%A9tica%20do%20curr%C3%ADculo%20como,representa%C3%A7%C3%A3o%20que%20constitui%20o%20curr%C3%ADculo>

representação e à identidade, demandando seu direito de controlar o processo de sua representação (SILVA, 1998).

As identidades coletivas não têm por objetivo o essencialismo. O objetivo não é reduzir mulheres negras apenas a essa condição, mas reconhecer e entender como essa condição atravessa o processo de vida social de todas as mulheres negras, em toda sua pluralidade. Nesse contexto em que a imagem das mulheres negras brasileiras, para elas e para as profissionais de saúde, se dá de maneira atravessada por uma ideologia de menos valia, hipersexualização e objetificação históricas do corpo negro, o cuidado que ofertamos é capaz de viabilizar a construção da autonomia quando a pessoa cuidada é uma mulher negra?

## 6.2 O cuidado como encontro intersubjetivo

E quem são os *sujeitos* a quem direcionamos nossas práticas? Ayres (2001) nos fala desses *sujeitos* enquanto *indivíduos* autênticos, com necessidades, vontades, princípios e valores, capazes de produzir coisas e modificar sua própria história. Para Ayres (2001):

Há dois tópicos fundamentais onde encontramos esse sujeito de traços hegelianos em nossos discursos. O primeiro é relativo à *identidade* dos destinatários de nossas práticas; ao ser autêntico, dotado de necessidades e valores próprios, origem e assinalação de sua situação particular. É desse sujeito que falamos quando nos comprometemos a conhecer ou atender às "reais necessidades de saúde da população", surrado jargão de nosso campo. O segundo tópico é relativo à *ação transformadora*, o sujeito como o ser que produz a história, o responsável pelo seu próprio devir. É disso que falamos quando desejamos que aqueles a quem assistimos "tornem-se sujeitos de sua própria saúde", outra surrada expressão, de que certamente cada um de nós já fez uso alguma vez (AYRES, 2001, p. 65).

E qual o lugar desse *sujeito*, desse ser pensante que concede significado a tudo e, assim, define a si próprio? Para Ayres (2001), é a experiência de resistência, que pode ser entendida como a presença da outra, que faz permitir o surgimento desses *sujeitos* como presenças reais, sendo assim, não existe o *sujeito* individual, somos sempre e imediatamente "a outra de cada um", e é a partir dessa resistência da outra fora de nós, que somos capazes de nos reconhecer. Por conseguinte, para falarmos de subjetividade, o ato ou estado de ser *sujeito*, segundo Ayres (2001), precisaríamos substituir a ideia de permanência e dimensão identitária, pela ideia de uma constante reconstrução de identidades, numa dimensão transformadora.

A nossa limitação em trabalhar com esse conceito de *sujeito* mutável fica muito nítida quando nossa prática clínica depende de que "a outra" assuma sua "condição de *sujeito* da

própria saúde", jargão muito utilizado quando falamos de cuidado e autonomia do *sujeito*. Ao tratarmos esse *sujeito* como núcleo individual e permanente, o transformamos em mais um *objeto* no mundo e, assim, perdemos oportunidades de participar da concepção de identidades e de fortalecer a capacidade do *indivíduo* e de seu grupo de transformar a sua saúde e daqueles que o rodeiam (AYRES, 2001).

Quando passamos a ver a questão por esse ângulo, passamos, enquanto profissionais de saúde, a sentir um profundo desconforto ao tentar estabelecer diálogo com os *indivíduos* ou populações pelas quais nos propomos a advogar. Sentimento este que vem da nossa tentativa de estabelecer um novo diálogo, ignorando aquele já existente e do qual fazemos parte. Para Ayres (2001),

É como se houvesse entre sujeito-profissional de saúde e sujeito-população um vazio. É como se cada sujeito saísse, de repente, de seu nicho individual, de sua mesmidade, e fosse em alguma arena neutra, desde sempre existente, desde antes de nós, para se encontrar e buscar a saúde (AYRES, 2001, p. 68).

Destarte, interpretamos por fracasso a nossa capacidade limitada em atingir o tão desejado “*sujeitos* de sua própria saúde”, questionando-nos se seria fracasso nosso em comunicar nossas intenções ou das pessoas em entender e aderir ao que propomos. É necessário mudar esta perspectiva e passarmos a não considerar apenas o controle da doença como um sucesso das nossas práticas de saúde, mas também a intersubjetividade que experimentamos nesse campo de práticas (AYRES, 2001).

Quando dialogamos sobre saúde, não nos questionamos realmente o que as pessoas desejam para a suas vidas, para sua saúde, para o bem viver, e quando não colocamos em prática essa reflexão estamos fadadas ao que chamamos aqui de fracasso. Se quisermos, de fato, dialogar sobre saúde, é urgente que superemos as barreiras linguísticas do jargão técnico, que se coloca entre as profissionais e a população, e restringe o diálogo, dificultando o compartilhamento de horizontes. E quando falamos de prescrever comportamentos e sugerir intervenções no corpo e mente das pessoas, essas barreiras não costumam ser toleradas. Além de superar as barreiras linguísticas, é de suma importância que estejamos abertas ao que Ayres (2001) chama de pluralidade de saberes válidos e normatividades de natureza não tecnicista, a fim de mudarmos nossa concepção de intervenções válidas em saúde.

Como aparece ali, naquele encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar, os projetos de felicidade, de sucesso prático, de quem quer ser cuidado? Que papel temos desempenhado nós, os que queremos ser cuidadores, nas possibilidades de conceber essa felicidade, em termos de saúde? Que lugar podemos ocupar na construção

desses projetos de felicidade que estamos ajudando a conceber? (AYRES, 2001, p. 71).

O *sujeito* é movido não apenas por processos conscientes, mas também por motivações e desejos inconscientes, que levam a determinadas posturas e comportamentos sobre os quais não tem controle. Entender a existência do inconsciente e da unidade mente-corpo nos possibilita pensar o processo saúde-doença como intrinsecamente ligado à história do *sujeito* e a suas vivências no processo familiar e na cultura e meio nos quais essa pessoa está inserida. A importância da subjetividade pode ser vista na evolução das enfermidades, assim como na concepção do autocuidado e de modos de vida oportunos a padrões mais ou menos saudáveis. Os significados dados à saúde ou à doença se firmam no imaginário que a pessoa idealiza com relação ao seu próprio corpo, às suas vivências de dor e prazer e são criados a partir de suas vivências subjetivas. A experiência de doença é vivida de maneira singular pelo *sujeito*. A doença, por exemplo, pode ser entendida como um castigo, como um rito de passagem ou como estratégia de sobrevivência ante as adversidades da vida. E quanto mais nós formos preparadas e aptas para lidar com o modo como a pessoa experiencia esse processo de adoecimento e tratamento dentro de seu meio familiar e social e nos contatos com o serviço de saúde, mais potentes tornamos nossas intervenções em saúde. E é essa vivência única de cada *sujeito* que nos proporciona pistas significativas para as intervenções a serem propostas, no entanto essa singularidade do ser só pode ser acessada se o *sujeito* e suas construções subjetivas tiverem espaço para tal na relação clínica (CAMPOS, 2013).

A subjetividade é resultado das relações entre o mundo interno e o mundo social, resultado dos encontros que vivemos com a outra — não apenas a outra social, como acontecimentos e invenções, a natureza, tudo quanto impactar os corpos e maneiras de viver, na construção coletiva de crenças e valores compartilhados na dimensão cultural. Os processos de subjetivação ocorrem a partir de pessoas, que são atravessadas por instituições, práticas, procedimentos, equipamentos sociais e dispositivos políticos de poder, dos modos de produção e da cultura, específicos de cada tempo histórico, que vão delimitando modos de ser e estar no mundo (MANSANO, 2009). Sendo assim, racializar a construção da subjetividade torna-se uma questão de primeira necessidade para a produção de cuidado. Quando pensamos nesse processo de "tornar-se *sujeito*", consideramos todos os *sujeitos* ou apenas aqueles previamente nominados *sujeitos*, os *sujeitos* universais? Reconhecemos e consideramos nas nossas práticas o racismo e seus impactos na saúde como um atravessamento na vida de pessoas negras?

Cada vez mais percebemos que a expressão corporal do sofrimento vem sendo patologizada e medicalizada, processo esse que Campos (2013) denomina de medicalização social. Segundo Tesser (2006), a expansão do campo da biomedicina passou a redefinir experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos. O modelo biomédico se coloca como fonte superior e exclusiva de saberes e verdades sobre a saúde, diminuindo a importância dos saberes advindos da experiência pessoal e cultural acerca do manejo do adoecimento e sofrimento. E, dessa forma, passa a buscar em suas ofertas, medicamentos, cirurgias e outras intervenções e a depositar nas especialistas e exames complementares a cura para todo o sofrimento (TESSER, 2006).

É importante entendermos que a biomedicina tem sim sua importância, principalmente no manejo de quadros graves e no tratamento de inúmeras doenças, porém, essa mesma biomedicina precisa ser vista como incompleta e perigosa. Como aponta Tesser (2006):

[...] gripes, resfriados, lutos, pequenas contusões e ferimentos, tristezas, crises de relacionamento sentimental, familiar e conjugal, dores ocasionais, recorrentes ou crônicas, mortes e nascimentos, crises existenciais etc., passam a ser vertiginosamente medicalizados e carentes de interpretação (TESSER, 2006, p. 73).

Como consequências da medicalização, temos: a redução da capacidade de autocuidado autônomo das pessoas frente aos seus adoecimentos e dores cotidianas; a fragmentação das relações entre a pessoa, sua doença e seu sofrimento; e uma crescente necessidade de cuidados médicos para todos os tipos de problemas, o que aumenta a dependência, a alienação e o risco de iatrogenias. Por outro lado, apesar do aumento da demanda por cuidados médicos, percebemos que a medicalização aumenta a contraproduzibilidade, já que o modelo biomédico é limitado para resolver questões como essas (TESSER, 2006).

É preciso considerar que existe uma hierarquia entre as diferentes matrizes explicativas sobre os processos de significação do *sujeito*, que confere à ciência médica uma considerável hegemonia explicativa (PELÚCIO, 2011). Cecília Donnangelo (2011), em sua obra *Saúde & Sociedade*, escrita em 1976, expõe a prática médica como não neutra e inseparável da necessidade de politização da saúde. A biomedicina e o próprio processo de medicalizar impõem uma uniformização e uma padronização de comportamentos, como se todas as pessoas tivessem necessidades de saúde similares, que podem ser igualmente manejadas, negando assim as distintas experiências pessoais de subjetivação e o impacto destas nos processos de saúde e adoecimento. Além da limitação do modelo biomédico enquanto

racionalidade médica, nota-se a intencionalidade de controlar corpos e comportamentos, através de supostas universalidades e neutralidades que interessam ao capitalismo.

Diferentemente de outras práticas sociais, cuja origem é coincidente com a própria emergência ou com o desenvolvimento da sociedade capitalista, a medicina tende a revestir-se mais facilmente de um caráter de neutralidade face às determinações específicas que adquire na sociedade de classes. [...] Tal concepção[...] encontra, ainda, na marcada continuidade histórica da medicina um de seus principais suportes. A prática médica e seus agentes não foram instituídos no interior do modo de produção capitalista (DONNANGELO, 2011, p. 47).

A produção de saúde é consequência da inserção do *sujeito* no mundo, de suas condições biológicas, relações afetivas, sócio-históricas e das redes de apoio com as quais pode contar para lidar com este contexto. Ao mesmo tempo, a produção de saúde depende do próprio *sujeito*, que é corresponsável por sua própria constituição e do mundo ao seu redor. Como aponta Campos (2013), a saúde, então, é também coproduzida. A relação clínica ocorre neste contexto do encontro entre *sujeitos* coproduzidos, o que significa que o elemento determinante em cada momento, seja a existência de uma patologia ou da desigualdade de raça, gênero ou classe, é definido naquele momento, frente às singularidades de cada um dos *sujeitos* envolvidos na relação. E a partir dessa visão do encontro clínico, faz-se necessário reformular e ampliar as práticas de saúde coletivas e individuais, levando-as além dos limites do paradigma biomédico hegemônico, que reduz a capacidade dos profissionais de lidarem com a real complexidade dos problemas de saúde (CAMPOS, 2003).

As distintas construções subjetivas e de socialização vão produzir formas de sofrer e adoecer distintas. Dessa forma, a biomedicina, ao universalizar padrões, silencia e não acolhe. A pessoa negra, atravessada pelo estereótipo de necessária fortaleza, não necessariamente sofrerá da maneira como a biomedicina projeta. Se analisarmos os dados de suicídio no Brasil, veremos que jovens negros são os que mais cometem suicídio (BRASIL, 2018), o que nos mostra que essa não percepção do sofrimento manifesto fora do padrão é extremamente danosa à saúde mental da população negra. Pensamos nessa construção dos corpos negros e em seus atravessamentos quando consideramos produção de cuidado?

A clínica ampliada e compartilhada, conceito formulado por Campos (2003), fundamenta-se na escuta e no reconhecer do saber, do interesse e do desejo das pessoas, bem como em suas experiências e ideias sobre aquilo pelo qual estão passando. Esse conceito vem com a proposta de ser uma prática menos prescritiva e mais interessada em negociar, sem desconsiderar os avanços tecnológicos, a qualificação técnica e a prática baseada em evidências, porém, sem ignorar que doenças e riscos, apesar de seus padrões de repetição e

influenciados por aspectos culturais e socioeconômicos, apresentam-se em *sujeitos* concretos. Desta forma, tanto a terapêutica quanto a prevenção devem originar-se nas evidências e na avaliação de riscos para negociar com as pessoas, em termo de redução de danos, para definir o que é possível neste caso, para esta paciente, neste contexto (ONOCKO CAMPOS et al. 2008). Quando pensamos em clínica ampliada e compartilhada, entendemos, e temos formação para entender, os impactos do racismo nesse corpo negro? Quando lidamos com *sujeitos* negros, e em específico com mulheres negras, levamos em consideração o que entendemos como clínica ampliada e compartilhada?

## **7 INTERSUBJETIVIDADE PRA QUEM, SE O CORPO PRETO NÃO É UM SUJEITO?**

### **7.1 A construção da negra como um não-sujeito e a permanência no não lugar**

O racismo foi estruturado em torno da cor/fenótipo/cultura como significantes de superioridade e inferioridade. É senso comum pensar o racismo como a partir da presença de pessoas negras e indígenas em determinado contexto, entretanto, é essencial ressaltar que tanto negras e indígenas quanto brancas experienciam seu gênero, classe e sexualidade a partir da raça. Segundo Brah (2006),

A racialização da subjetividade branca não é muitas vezes manifestamente clara para os grupos brancos, porque “branco” é um significante de dominância, mas isso não torna o processo de racialização menos significativo. É necessário, portanto, analisar que nos constroem como, digamos, ‘mulher branca’ ou ‘mulher negra’, como ‘homem branco’ ou ‘homem negro’ (BRAH, 2006, p. 345).

Ademais, a autora acrescenta que a desconstrução dessa racialização se faz necessária ao analisarmos o porquê de os significados dessas palavras mudarem de “simples descrições para categorias hierarquicamente organizadas em certas circunstâncias econômicas, políticas e culturais” (BRAH, 2006).

A construção da sociedade brasileira, engendrada na escravização de pessoas negras, nos moldes do comércio triangular <sup>11</sup>(Europa - África - América), e com o tempo, tornando-se

---

<sup>11</sup> Comércio triangular é o nome dado à lógica comercial na qual as pessoas escravizadas se encontravam inseridas enquanto mercadoria. A escravização de pessoas negras provenientes de diversos pontos do continente africano contribuiu com a acumulação de capital na metrópole. Na prática, este esquema se configurava no chamado comércio triangular que unia a América portuguesa, Portugal e a África, através de trocas comerciais. Para mais, leia em: <https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/759/518>.

uma das bases do pacto colonial, serviu à adesão da elite acadêmica a diversas teorias pseudocientíficas que visavam justificar o supremacismo branco e que até hoje permeiam as fantasias da branquitude acrítica. Isso, junto à historicidade de um país cuja independência, proclamação da república e até mesmo a abolição da escravidão tiveram suas narrativas controladas pela elite branca colonial, trouxe as bases teóricas para um processo de alienação e eugeniação do discurso social no início do século XX: depois de “liberta”, uma massa gigantesca de pessoas negras, que tiveram origens, em grande parte, apagadas, sem terras, sem educação formal, surge como mão de obra barata no contexto da República Velha, e passa por uma tentativa de “embranquecimento” com a emigração de europeias e asiáticas.

A abolição da escravização de pessoas negras em condições que aparentemente não ameaçavam o status social da branquitude e a convivência com pessoas de diversas nacionalidades neste processo emigratório que passavam a ser “acolhidas” (o que quer que esse acolhimento possa significar de fato) ganharam um apêndice teórico, o conceito de “cordialidade racial”, baseada na estabilidade da desigualdade e hierarquia racial. Isso com o tempo possibilitou a criação de um mito, justificado pela grande maioria da população “miscigenada” (ignorando as condições e a lógica perversa que conduziu este processo), de que o povo brasileiro é plural e democrático, vivendo em uma utópica e caricata “democracia racial”, sobre a qual se insiste dizer que ainda perdura no país.

A representação simbólica das pessoas negras no Brasil, sempre divergente das narrativas hegemônicas eurocêntricas, está arraigada em preconceitos e é invisibilizada pela naturalização de um sistema histórico de enxergar o mundo balizado nos princípios da negação da diferença (TEIXEIRA, 2017). O racismo não é uma questão subjacente à questão de classe, mas sim articulada a ela, conforme podemos ver em Gomes:

(...) se você faz o recorte e a leitura racial profunda e densa você vai ver que é uma mistura do resultado do capitalismo e do racismo, é muito mais complexa a engrenagem e é isso que tem que ser desvelado. E aí entra meu mantra que sempre vou falar, que raça é estrutural e estruturante no Brasil. Nas relações econômicas, sociais, na cultura. Por isso não dá para pensar que ela é alguma coisa que acrescenta, um tema que se acrescenta, “ah, se eu acrescentar aqui a questão racial vai ficar ainda mais complexo”. Não, já é complexo porque a questão já faz parte, a própria ausência dela é a forma dela fazer parte no contexto do Brasil, das relações raciais brasileiras (GOMES, 2016 *apud* TEIXEIRA, 2017, p. 278).

A identidade atribuída à pessoa negra é uma construção social, associada à marginalização e violência no imaginário social, que apesar de não corresponder ao real, produz efeitos na realidade e orienta as relações entre negras e brancas no nosso país (FERNANDES; SOUZA, 2016). Sobre o mito do homem negro, cujo início se deu com a

colonização dos europeus no continente africano, a partir do século XV, Munanga (2010) lembra:

No entanto, não devemos esquecer que, se o tráfico transatlântico começou no século XVI, o mesmo se prolongou até o século XIX em todas as Américas. O que significa que houve tempo suficiente para que a pressuposta superioridade da “raça” branca e pressuposta inferioridade da “raça” negra fosse aproveitada para justificar e legitimar a manutenção da escravidão contra os argumentos abolicionistas. Não esqueçamos também que o século XIX marca o início da revolução industrial na Europa (Inglaterra) e da colonização oficial do continente africano. Esta última precisou também ser justificada e legitimada. Nada melhor do que a autoridade científica que substituiu o poder da Igreja e da ciência teológica para mostrar que a inferioridade natural dos negros africanos poderia ser corrigida pela Missão Civilizadora Ocidental. Por intermédio da máscara científica, a ciência das raças serviu mais como corpus científico justificador e legitimador dos sistemas de dominação da época (escravidão, colonização) do que como explicação da variabilidade humana (MUNANGA, 2010, p. 187-188).

Para os colonizadores europeus, ao colonizar a África estariam eles “humanizando as africanas” e dando-lhes a oportunidade de se tornarem civilizadas. Esse mesmo pretexto foi utilizado para a colonização de indígenas em outros territórios (QUIJANO, 2005; MIOLO 2017). O conceito de raça foi criado então para legitimar a colonização, justificar a exploração e subalternidade de corpos negros. Mbembe (2014) reforça essa ideia ao nos lembrar de que a raça se apresenta, ainda hoje e no passar dos séculos, na origem de incontáveis catástrofes e como motivação de devastações físicas assombrosas, inúmeros crimes e carnificinas. Desse modo, ao rotular o corpo negro por meio da raça, a colonizador branco europeu, normatizava as negras como inferiores e, ao mesmo tempo, acrescentando a isso o discurso de benevolência, amparava que apenas com o contato com o homem branco, as negras poderiam tornar-se civilizadas.

No Brasil, o corpo negro continua marcado pelos estigmas inventados segue carregando as marcas da marginalização e da inferioridade, estereótipos criados pelo colonizador branco europeu, que ainda se perpetuam e permanecem até os dias atuais. O sequestro e a escravização de negras africanas foram práticas legitimadas no Brasil por mais de três séculos, período no qual foram construídas inúmeras teorias raciais sobre a inferioridade intelectual, moral e psicológica dos corpos negros como justificativa para a exploração e manutenção das práticas de violência, bem como para a sustentação da hierarquia social, da dominação e da supremacia branca (RIBEIRO; BENELLI, 2017).

De acordo com Foucault (1976), o racismo precisa ser entendido como mecanismo essencial para se compreender o funcionamento e a tomada do biopoder pelos Estados modernos, de tal maneira que não há funcionamento desse Estado que não passe pelo racismo.

Para o autor, trata-se de “um corte biológico que define o que deve viver e o que deve morrer, sem que a morte seja um ato provocado diretamente” (FOUCAULT, 1976, p. 34), corte este feito através da hierarquização racial, que define determinadas raças como “boas” e outras como “inferiores”, o que tem funcionado como um “modo de fragmentação do campo biológico de que o poder se incumbiu, defasando no interior da população uns grupos em relação a outros” (FOUCAULT, 1976, p. 304). Mbembe (2017) coloca um importante contraponto à teoria de Foucault, quando acrescenta que o racismo é o instrumento que viabiliza o fazer morrer, através da necropolítica.

Nesse processo de práticas sociais e suas relações de biopoder sobre a eclosão dos saberes modernos e a produção de verdades, Fátima Lima (2018) coloca que:

Os objetivos foram a disciplinarização dos corpos, sua docilidade e a produção de um “assujeitamento” e de um processo de sujeição que, ao mesmo tempo em que visibiliza a dimensão produtiva do poder, visibiliza os processos de resistências, ou seja, é na malha microcapilar das relações de poder que também se constituem as resistências tanto dos corpos singularizados quanto do corpo social e coletivo (LIMA, 2018, p. 24).

Sendo assim, a biopolítica, o biopoder e o “fazer viver” tendem a se aplicar àqueles que têm sua humanidade e subjetividade reconhecidas. Esse estigma sociorracial traduz-se hoje na inquietante realidade do genocídio da população negra, principalmente da juventude negra, que é um dos maiores traços da necropolítica *à brasileira*.

Assim, nos contextos brasileiros, o poder necropolítico se faz visível no sistema carcerário, na população em situação de rua, nos *apartheids* urbanos nas grandes e pequenas cidades brasileiras, em dados relevantes, no genocídio da população negra que em sua maioria é jovem e masculina, na eclosão dos grupos de justiceiros, nos hospitais psiquiátricos, nas filas das defensorias públicas, nas urgências e emergências hospitalares, entre tantos outros lugares (LIMA, 2017, p. 28).

A construção da identidade do Eu — europeu, homem, branco, civilizado, em detrimento da Outra — não-europeia, negra, incivilizada, foi forjada a partir desta estereotipação da Outra, associando-a a adjetivos, ainda hoje no imaginário coletivo, como irracional, selvagem, atrasada, analfabeta, primitiva. A construção dessa identidade produz um discurso de poder, que além de definir a Outra, delinea os parâmetros do normal e hegemônico. A partir do contexto escravocrata do mundo colonial, que tem suas repercussões até os dias atuais, foi construída a figura da negra como a Outra do *sujeito* branco, reforçando essa relação de que tudo que se diferencia da estética branca é visto enquanto *objeto*. Grada Kilomba (2019) traz ainda o conceito de Outridade, a personificação de aspectos repressores

do “eu” do *sujeito* branco. Dessa maneira, na construção do discurso colonial, os parâmetros europeus passam a ser universais, sendo utilizado como justificativa para o processo de escravização de corpos negros. Esse discurso foi idealizado no atravessamento entre história, política, economia, instituições e religião. Sueli Carneiro (2005) assevera que:

A negação da plena humanidade do Outro, a sua apropriação em categorias que lhe são estranhas, a demonstração de sua incapacidade inata para o desenvolvimento e aperfeiçoamento humano, a sua destituição da capacidade de produzir cultura e civilização prestam-se a afirmar uma razão racializada, que hegemoniza e naturaliza a superioridade européia. O Não-ser assim construído afirma o Ser. Ou seja, o Ser constrói o Não-ser, subtraindo-lhe aquele conjunto de características definidoras do Ser pleno: autocontrole, cultura, desenvolvimento, progresso e civilização. No contexto da relação de dominação e reificação do outro, instalada pelo processo colonial, o estatuto do Outro é o de “coisa que fala” (CARNEIRO, 2005, p. 99).

Guacira Lopes Louro (2013) traz que, apesar da negação da Outra como *sujeito*, as instituições e os *indivíduos* precisam dessa “Outra”, precisam dessa identidade subalterna para se afirmar e se definir, uma vez que sua afirmação como *sujeito* se dá na medida em que rejeitem e se diferenciem dela.

Ao pensar cuidado em saúde e a sua promoção, tendo como *objeto* a pessoa negra, nos deparamos com um desafio. Há uma construção de centenas de anos de apagamento da herança e, portanto, da identidade, e há, ainda, a realidade do racismo estrutural e do apagamento da subjetivação deste *indivíduo* nas relações cotidianas. Dessa forma, como construir um cuidado, em teoria intersubjetivo, em uma narrativa dessubjetivada?

## 8 O PROCESSO DE SUBJETIVAÇÃO DA MULHER NEGRA NA INTERSECCIONALIDADE DE RAÇA, GÊNERO E CLASSE

### 8.1 A opressão de mulheres negras: imagens de controle e mitos de representação no imaginário social

O jogo só vale quando todas as partes puderem jogar  
 Sou Frida, sou preta, essa é minha treta  
 Me deram um palco e eu vou cantar  
 Canto pela tia que é silenciada  
 Dizem que só a pia é seu lugar  
 Pela mina que é de quebrada  
 Que é violentada e não pode estudar  
 Canto pela preta objetificada

Gostosa, sarada, que tem que sambar  
 Dona de casa limpa, lava e passa  
 Mas fora do lar não pode trabalhar  
 (FERREIRA, 2018)

As opressões interseccionais de raça, gênero e classe se alicerçam em conceitos interdependentes de um pensamento binário (que categoriza pessoas, coisas e ideias segundo as diferenças que existem entre elas, formadas por oposição), na objetificação e na hierarquia social. Patricia Hill Collins (2019), renomada socióloga estadunidense que analisa as condições de mulheres afro-americanas nos Estados Unidos, afirma que, nos Estados Unidos, mulheres afro-estadunidenses (referidas na obra de Patricia Hill Collins como afro-americanas), por estarem à margem daquela sociedade, se tornaram a definição da Outra, o que as mantém em um lugar que justifica a ideologia das opressões de raça, gênero e classe.

Em um contexto de dominação, as imagens estereotipadas da condição da mulher negra assumem um significado próprio e não objetivam refletir ou representar uma realidade. Patricia Hill Collins (2019) coloca que a autoridade para estabelecer valores sociais é um instrumento significativo de poder e que grupos de elite no exercício desse poder manipulam ideias sobre a condição da mulher negra. Essas imagens de controle, como Patricia Hill Collins as nomeia, são pensadas para fazer com que “o racismo, o sexismo, a pobreza e outras formas de injustiça social pareçam naturais, normais e inevitáveis na vida cotidiana” (COLLINS, 2019, p. 136).

No contexto estadunidense, a primeira imagem de controle à qual são submetidas as mulheres negras é a *mammy*, a serviçal fiel e obediente, criada para amparar a exploração econômica das escravas domésticas e conservada para explicar a manutenção das mulheres negras neste lugar ligado ao serviço doméstico. A imagem de uma mulher assexuada, “uma mãe substituta de rosto negro”, com devoção histórica à sua família branca ou, em sua versão mais contemporânea, totalmente comprometidas com o trabalho.

A segunda imagem de controle da condição da mulher negra é a da matriarca negra, criada a partir da existência de índices mais altos de famílias chefiadas por mulheres nas redes de famílias negras como causa da pobreza. As matriarcas, descritas como mulheres desprovidas de feminilidade, excessivamente agressivas, castradoras de seus maridos, que as abandonavam ou recusavam-se a casar por isso, passavam longos turnos fora de casa e, por isso, não conseguiam supervisionar adequadamente as filhas e os filhos e contribuía assim com o fracasso escolar das crianças. Enquanto a *mammy* era a mãe negra “boa”, a matriarca

seria a mãe negra “má”, uma *mammy* fracassada, estigma esse aplicado às afro-estadunidenses que rejeitassem a imagem de serviçal submissa e dedicada. A imagem de controle da matriarca visava ainda culpabilizar as mulheres negras por sua vitimização e transmissão intergeracional da pobreza negra nos Estados Unidos, tirando do Estado e do capitalismo a responsabilidade pela distribuição desigual de renda, pelas condições inferiores de moradia, pelo subfinanciamento das escolas e pelo punitivismo da população negra. Essa imagem da matriarca agressiva e assertiva ou da mulher negra excessivamente forte tem sido usada para influenciar também a forma como homens negros entendem a masculinidade negra predominante: muitos homens negros preterem mulheres negras como cônjuges, por nos lerem como menos desejáveis que as mulheres brancas pelo motivo sermos assertivas demais.

Uma terceira imagem de controle da condição da mulher negra é a mãe dependente do Estado, imagem essa atrelada ao acesso cada vez maior de mulheres negras da classe trabalhadora aos direitos providos pelo Estado de bem-estar social nos Estados Unidos, conquistados através das reivindicações do movimento negro, que conseguiu que este direito fosse garantido por lei. Essa imagem da mãe dependente do Estado cumpre sua função de controle de fecundidade, ao qualificar como desnecessária e perigosa para os valores do país a fecundidade de mulheres que não são brancas e de classe média. Assim como a matriarca, essa também é uma “mãe negra ruim”, retratada como acomodada e preguiçosa, satisfeita com os auxílios fornecidos pelo governo, sem desejo de trabalhar e transmissora de valores negativos para seus descendentes. Na década de 1980, essa imagem da mãe dependente do Estado evoluiu para uma imagem ainda mais estigmatizada: a da rainha da assistência social, que se refere a uma mulher negra da classe trabalhadora altamente materialista, dominadoras, sem parceiro homem, sustentada pelos subsídios públicos. Outra variante dessa imagem é a imagem da dama negra, a mulher profissional negra da classe média, que concluiu seus estudos, trabalhou duro e chegou longe, adequada a procriar, porém menos propensa a fazê-lo. Ambas as imagens, a rainha da assistência social e a dama negra, têm a finalidade de deslegitimar o pleno exercício da cidadania das mulheres negras.

A última imagem de controle é a da jezebel, a prostituta, que representa uma tentativa de controle da sexualidade das mulheres negras através da ideia de uma sexualidade desviante, detentoras de um apetite sexual voraz, o que justifica desde os tempos da escravidão os frequentes ataques sexuais de homens brancos às mulheres negras.

As mulheres estadunidenses vivenciam o funcionamento das opressões interseccionais e interpretam essas opressões, ainda que não reconheçam as bases teóricas desses processos. As imagens de controle foram e continuam sendo reproduzidas nas universidades, na mídia e

nas agências governamentais, são amplamente difundidas e, apesar de variarem com o tempo, a caracterização das mulheres negras como a Outra persiste. Patricia Hill Collins (2019, p. 166) explica que:

Embora a maioria das mulheres negras costume resistir a sua objetificação como o Outro, essas imagens de controle continuam a exercer uma influência poderosa sobre nossa relação com brancos, com homens negros, com outros grupos raciais/étnicos e entre nós. Os padrões dominantes de beleza - em particular a cor da pele, as características faciais e a textura do cabelo - são um exemplo específico de como as imagens de controle depreciam as afro-americanas.

Embora o conceito de imagens de controle tenha se referido aos estereótipos aplicados a mulheres afro-estadunidenses, é inegável a sua proximidade com as três principais representações da mulher negra brasileira descritas por Lélia Gonzalez, já na década de 1980. Lélia Gonzalez, filósofa e antropóloga brasileira, questionava o mito da democracia racial brasileira e descreveu três imagens de controle, que na época chamou de “mitos” de representação da mulher negra brasileira: a mãe preta, a mulata e a empregada doméstica. Para além disso, é possível observar no nosso cotidiano a existência tanto das imagens de controle descritas por Lélia Gonzalez quanto por Patricia Hill Collins. Diversos são os fatores que podem estar relacionados a esta similaridade de imagens de controle que vemos em nosso país, entre eles: a herança colonial semelhante a estadunidense, a influência de uma cultura de massa hegemônica-branca-norte-americana-fundamentalmente branco-supremacista e misógina, e as relações de poder interseccionais entre raça, classe, gênero e outros marcadores de diferença, construídas sobre as bases das culturas contemporânea brasileira e estadunidense. Essas imagens de controle perversas, frutos do processo de colonização, seguem inferiorizando mulheres negras e as colocando no eterno lugar da Outra.

A imagem de controle da mãe preta, surgida ainda na década de 1930 no livro *Casa-grande & Senzala* de Gilberto Freyre, refere-se a mulher negra escravizada, mais velha, que trabalha nos afazeres domésticos da casa-grande, cuida de todas como se fossem suas filhas, aquela cuja “relação da senhora com as escravizadas domésticas seria marcada pela docilidade e até por uma certa dose de afeto, na medida em que estas frequentariam o núcleo familiar da casa-grande” (FREYRE, 2005). Para Caio Prado Jr, essa mulher negra era “a ‘figura boa da ama negra’ de Gilberto Freyre, da ‘mãe preta’, da ‘bá’, que ‘cerca o berço da criança brasileira de uma atmosfera de bondade e ternura’” (PRADO JR., 1976). É importante explicitar que a mãe preta idealizada e romantizada por Freyre era a mãe preta das filhas brancas e não de suas próprias filhas.

Lélia Gonzalez nos traz o equívoco dessa consideração e problematiza esse lugar de subserviência da mãe preta, mostrando que sua atuação, na verdade, vem de um lugar de resistência, ao se utilizar de estar na casa-grande para levar às filhas do colonizador tradições africanas.

O que a gente quer dizer é que ela não é esse exemplo extraordinário de amor e dedicação totais como querem os brancos e nem tampouco essa entreguista, essa traidora da raça como querem alguns negros muito apressados em seu julgamento. Ela, simplesmente, é a mãe. É isso mesmo, é a mãe. Porque a branca, na verdade, é a outra. (...) Por isso a “mãe preta” é a mãe. E quando a gente fala em função materna, a gente tá dizendo que a mãe preta, ao exercê-la, passou todos os valores que lhe diziam respeito pra criança brasileira, como diz Caio Prado Jr. Essa criança, esse *infans*, é a dita cultura brasileira, cuja língua é o pretuguês. A função materna diz respeito à internalização de valores, ao ensino da língua materna e a uma série de outras coisas mais que vão fazer (GONZALEZ, 1984, p.235).

A imagem de controle da mulata é uma criação mais recente do sistema hegemônico do imaginário social. Ser mulata deixou de significar a filha de mestiça de preta com branca e adquiriu um sentido mais moderno, passando a representar um produto de exportação, um tipo especial de mercado de trabalho. Na figura da mulata, no entre parênteses do Carnaval, a mulher negra é hipersexualizada, e seu corpo, desejado. Lélia Gonzalez nos fala que da profissão de mulata, exercida por jovens que, em um processo extremo de alienação imposto pelo sistema, submetem-se à exposição de seus corpos, não só como objetos sexuais, mas como reforços da “democracia racial” brasileira: como se no Carnaval, por um passe de mágica, o corpo negro deixasse de ser marginal para “se transformar no símbolo da alegria, da descontração, do encanto especial do povo dessa terra chamada Brasil” (GONZALEZ, 1984, p. 239).

E é nesse instante que a mulher negra se transforma única e exclusivamente na rainha, na ‘mulata deusa do meu samba’, ‘que passa com graça/fazendo pirraça/fingindo inocente/tirando o sossego da gente’. É nos desfiles das escolas de primeiro grupo que a vemos em sua máxima exaltação. Ali ela perde seu anonimato e se transfigura na Cinderela do asfalto, adorada, desejada, devorada pelo olhar dos príncipes altos e loiros, vindos de terras distantes só para vê-la. (...) E lá vai ela feericamente luminosa e iluminada, no feérico espetáculo. Toda jovem negra que desfila no mais humilde bloco do mais longínquo subúrbio sonha com a passarela da Marquês de Sapucaí. Sonha com esse sonho dourado, conto de fadas no qual ‘A Lua te invejando fez careta/ Porque, mulata, tu não és deste planeta’. E por que não? (GONZALEZ, 1984, p. 228).

A imagem de controle da empregada doméstica contrapõe-se à da mulata de Carnaval, visto que, passado o momento festivo, todo o desejo acumulado pelo corpo negro transforma-se novamente na forma de violência, exatamente na figura da empregada doméstica. Segundo

Gonzalez (1983), essas imagens opostas refletem o significado dado à mucama no contexto colonial. No dicionário Aurélio, encontramos a palavra “mucama” cujo significado é “a escrava negra moça e de estimação que era escolhida para auxiliar nos serviços caseiros ou acompanhar pessoas da família” (FERREIRA, 1999). Entretanto, essa palavra provém de “mukama”, da língua quimbunda, cuja etimologia significa “concubina, escrava que era amante do seu senhor” (BAIROS, 2006, p. 55). Assim, podemos perceber que apesar da interpretação do dicionário, que nos remete apenas à dimensão do serviço doméstico, a etimologia da palavra se refere à exploração sexual das mulheres negras escravizadas pelos colonizadores. Essa dinâmica torna-se mais evidente no Carnaval, quando a função sexual da mucama vem à tona, e a mulata surge como a rainha da avenida, cobiçada, desejada e erotizada, ou seja, a mukama. Fora desse espaço festivo permitido, essa mulher negra se transfigura na empregada doméstica, ou seja, a “mucama” do dicionário oficial, que é “o burro de carga que carrega sua família e a dos outros nas costas, o exato oposto da exaltação, a figura do cotidiano. E é nesse cotidiano que podemos constatar que somos vistas como domésticas” (GONZALEZ, 1984, p. 230; REIS, 2019).

Quanto à doméstica, ela nada mais é do que a mucama permitida, a da prestação de bens e serviços, ou seja, o burro de carga que carrega sua família e a dos outros nas costas. Daí ela ser o lado oposto da exaltação; porque está no cotidiano. E é nesse cotidiano que podemos constatar que somos vistas como domésticas. Melhor exemplo disso são os casos de discriminação de mulheres negras da classe média, cada vez mais crescentes. Não adianta serem ‘educadas’ ou estarem ‘bem vestidas’ (afinal, ‘boa aparência’, como vemos nos anúncios de emprego, é uma categoria ‘branca’, unicamente atribuível a ‘brancas’ ou ‘clarinhas’). Os porteiros dos edifícios obrigam-nas a entrar pela porta de serviço, obedecendo instruções dos síndicos brancos (os mesmos que as ‘comem com os olhos’ no Carnaval ou nos oba-obas da vida). Afinal, se é preta só pode ser doméstica, logo, entrada de serviço (GONZALEZ, 1984, p. 230).

Essas imagens de controle vão atuar na construção da subjetividade de mulheres negras, na medida em que as desumanizam por meio dos estereótipos negativos que são reforçados a partir delas. Entretanto, imagens de controle nem sempre estão engendradas em estereótipos negativos, sendo possível a existência de imagens de controle que se organizem a partir de comportamentos considerados positivos. Mesmo assim, essas imagens são prejudiciais à construção da subjetividade de mulheres negras e seu processo de autodefinição, pois são formulados a partir de uma definição externa e não respeitam as vivências e experiências dessas mulheres negras (BUENO, 2019).

Winnie de Campos Bueno (2019) explica duas principais características das imagens de controle:

Primeiro: imagens de controle são dinâmicas. os estereótipos negativos que são utilizados para estruturar a dimensão ideológica do sistema de opressões são articulados de acordo com a necessidade dos grupos dominantes de controlar a assertividade e os processos de resistência dos grupos dominados. Segundo: há uma espécie de dialética envolvida na dinâmica das imagens de controle. Assim como uma imagem de controle pode ser apropriada pelos sujeitos submetidos a ela e ressignificada, é possível que uma imagem de controle surja pela distorção dos grupos dominantes de categorias que outrora possuíram um significado não negativo ou até mesmo um conteúdo de resistência para os grupos subalternizados (BUENO, 2019, p. 89).

A imagem da mulher negra enquanto forte, resistente, apta a superar todas as privações e necessidades é um exemplo dessa distorção de uma característica de resistência para um grupo subalternizado: antes, essas características tinham um significado de resistência para essas mulheres, porém, ao passarem a ser operadas como uma imagem de controle, acabam por justificar a precariedade do sistema de saúde (BUENO, 2019), a incompetência do Estado em ofertar condições dignas de vida e a capacidade de sobreviver após a perda das suas pela necropolítica aplicada.

Grada Kilomba (2019), em seu livro intitulado “Memórias da plantação: episódios do racismo cotidiano”, nos fala da ideia da “super mulher de pele escura”, que pode tanto ser entendida como uma estratégia política para superar as representações negativas das mulheres negras no mundo branco, quanto pode aprisionar mulheres negras nessa imagem idealizada, neste lugar que não nos permite manifestar as profundas imagens do racismo, silenciando os danos psicológicos do racismo cotidiano.

Pensando numa perspectiva histórica, Grada Kilomba (2019) faz o seguinte resgate:

Na década de 1960, o movimento feminista negro investiu em imagens da “mulher negra poderosa” e da “matriarca negra superforte”. Essas imagens surgiram em resposta às representações racistas da mulher negra como preguiçosa, submissa e negligente em relação às suas crianças (Collins, 2000; hooks, 1992; Reynolds, 1997). Forte e trabalhadora, em vez de preguiçosa, assertiva e independente, em vez de submissa, dedicada em vez de negligente. Tais imagens foram uma forma de reivindicar uma nova identidade. (...) As imagens são investidas intensamente da ideia da força, autossacrifício, dedicação e amor incondicional — atributos já associados ao arquétipo da maternidade, mas que desavisadamente negam o reconhecimento de verdadeiras experiências femininas negras (KILOMBA, 2019, p. 192-193).

## **8.2 O trauma colonial e a dor transgeracional: reflexos do sofrimento na linha do tempo**

Mas a menina é do tipo que gosta de pôr o dedo na ferida, não na ferida alheia, mas naquela que ela traz no peito. Na ferida que ela herdou de Mãe Joana, de Maria-Velha, de Tio Totó, do louco Luisão da Serra, da avó mansa, que tinha todo o lado direito do corpo esquecido, do bisavô que tinha visto os sinhôs venderem Ayaba, a

rainha. Maria-Nova, talvez, tivesse o banzo no peito. Saudades de um tempo, de um lugar, de uma vida que ela nunca vivera. Entretanto o que doía mesmo em Maria-Nova era ver que tudo se repetia, um pouco diferente, mas, no fundo, a miséria era a mesma. O seu povo, os oprimidos, os miseráveis; em todas as histórias, quase nunca eram os vencedores, e sim, quase sempre, os vencidos. A ferida dos do lado de cá sempre ardia, doía e sangrava muito (EVARISTO, 2006).

A escravização, o colonialismo e o racismo contém o trauma de um evento de vida intenso e violento, encerra em si uma imprevisibilidade que leva a efeitos prejudiciais, para o qual a cultura não tem equivalentes simbólicos e para o qual não temos palavras que simbolizem tamanha desumanização do povo negro. Um evento traumático é aquele que surge a partir de uma experiência violenta totalmente inesperada, sem que o *sujeito* a desejasse de forma alguma ou conspirasse para sua ocorrência. Para a psicanálise, o relato da experiência do trauma possui três ideias principais:

Primeira, a ideia de um choque violento ou de um evento inesperado para o qual a resposta imediata é o choque; segunda, a separação ou fragmentação, pois esse choque violento inesperado priva a relação da pessoa com a sociedade; e, terceira, a ideia de atemporalidade, na qual um evento violento que ocorreu em algum momento do passado é vivenciado no presente e vice-versa, com consequências dolorosas que afetam toda a organização psicológica, entre as quais se encontram pesadelos, flashbacks e/ou dor física (KILOMBA, 2019, p. 216).

Grada Kilomba (2019) descreve por que a exposição a um episódio de racismo, por ela denominado racismo cotidiano, que não se compõe de um evento único, mas de um acúmulo de episódios que reiteram e replicam o trauma de uma história colonial coletiva, pode ser descrito como um trauma ao desencadear os três principais elementos do trauma clássico da psicanálise. Quando uma pessoa negra se defronta com uma situação de racismo, a sensação de choque e imprevisibilidade é o primeiro elemento do trauma clássico a surgir: a pessoa nunca está preparada para assimilar o racismo, e sua reação imediata é o choque. O segundo elemento do trauma causado pelo racismo é o sentimento de ruptura e perda, que priva o *sujeito* de suas conexões com a sociedade. Essa sensação de ruptura equipara-se com a fragmentação histórica da escravização de corpos negros e do colonialismo, com suas histórias de separações abruptas e isolamentos, notados nas narrativas de pessoas escravizadas, submetidas ao esmagador sentimento de separação. O terceiro elemento é a atemporalidade, com a sensação de que um evento que aconteceu no passado está ocorrendo no presente e vice-versa, como se colonialismo e racismo coincidissem, como se a ideia de um episódio traumático do passado colonial não tivesse sido elaborada adequadamente e estivesse “vívida e intrusivamente em nossas mentes”, colonizando-nos novamente.

Em *Memórias da Plantação – episódios de racismo cotidiano*, Grada Kilomba (2019) traz a *plantation* (a plantação) como um dispositivo essencial para compreender o trauma colonial:

(...) que foi memorizado no sentido em que não foi esquecido. (...) A ideia da plantação é, além disso, a lembrança de uma história coletiva de opressão racial, insultos, humilhações e dor, uma história que é animada através do que eu chamo de episódios de racismo cotidiano. A ideia de esquecer o passado torna-se de fato, inatingível; pois cotidiana e abruptamente, como um choque alarmante, ficamos presas a cenas que evocam o passado, mas que na verdade são parte de um presente irracional (KILOMBA, 2019b, p. 213).

Fátima Lima (2021) diz que ser o *objeto* dessa história coletiva de opressão racial, insultos, humilhações e dor contribui para o que chamamos de trauma e/ou ferida colonial, que precisa ser entendido nesse contexto dos processos de colonização e colonialidade, ainda presentes nos imaginários e práticas sociais. Assim,

os processos traumáticos são tomados numa relação com a invenção da negra a partir de um olhar e de uma política de nomeação que têm na branquitude o lugar de formulação, bem como sua violência brutal na medida em que, ao designar a negra enquanto tal, também se constituiu todo um movimento marcado pela subalternização, pela inferiorização, pela objetificação e pela coisificação dos modos de vidas e subjetividades (LIMA, 2020, p. 89).

A hegemonia branca produz na pessoa negra uma dicotomia de se ver no lugar onde a outra branca a coloca, e esse mecanismo violento instaura o processo traumático. Sendo assim, o trauma não reside em uma condição individual e intrapsíquica das pessoas negras (LIMA, 2021), o que é colocado por Jota Mombaça (2017) quando escreve:

A sensação de que devo algo é tão recorrente, ainda que isso já não me impeça de dizer a eles – de novo eles, sempre eles – que não devo. Que a dívida é a herança deles. Eu escrevi a sangue na calçada dos invasores: vocês nos devem. Minha profecia diz que, assim como nós, os nossos fantasmas virão cobrar. Que já estão a caminho. Escrever a frase na pele do país não garante que cesse a luta contra a sensação de que sou eu que devo. Isso não passa de uma forma de cortar o mundo. E o mundo é meu trauma. Eu sou maior que o meu trauma. Porque se o mundo, que é meu trauma, não para nunca de fazer seu trabalho, então ser maior que o mundo é meu contra trabalho. Eu achei que vindo aqui eu ia poder pegar o que é meu, mas eu não me vejo em absolutamente nada. só encontro espelhos brancos e penduricalhos. Nada do que há aqui acerta a conta dessa dívida porque essa dívida é impagável (MOMBAÇA, 2017, p. 22-25).

A transmissão transgeracional da dor pode ser um aspecto importante na construção da narrativa da pessoa negra. Esta transmissão é experienciada como uma revivência de um

trauma que nunca foi experienciado antes pela pessoa que sente. Por estar relacionada a uma percepção sensitiva de aspectos coletivos que estão na ordem do não-dito, ou não explicitamente dito, são fenômenos que dependem das intersubjetividades humanas (SCHUELER REIS, 2019). Além desta dimensão intersubjetiva, há uma dimensão coletiva dessa experiência que surge como, de certa maneira, uma herança traumática. Segundo Ferenczi:

Nos momentos de grande aflição, em face dos quais o sistema psíquico não está à altura, ou quando esses órgãos especiais (nervosos e psíquicos) são destruídos com violência, forças psíquicas muito primitivas despertam e são elas que tentam controlar a situação perturbada. Nos momentos em que o sistema psíquico falha, o organismo começa a pensar (FERENCZI, 1933, p. 37).

E mais:

Esse tipo de trauma não pode ser lembrado porque jamais foi consciente, somente revivido e reconhecido como no passado. (...) As lembranças desagradáveis continuam vibrando algures no corpo (emoções) (FERENCZI, 1932, p. 284).

Para entender a dimensão transgeracional dessa dor é importante observar as gerações anteriores e a inserção do racismo como parte essencial da construção da sociedade brasileira, bem como entender quais de suas características foram incorporadas nesta coletividade inconsciente. Isso pode se refletir em gerações de vítimas de violências de diversas naturezas, de protagonistas de diversas formas de violências, ou, mais provavelmente, de ambas. E são as impressões traumáticas da ancestralidade dolorosa que desenha e colore os disparadores de macroagressões e microagressões muitas vezes residentes tanto no campo do indizível quanto do dilacerante (SCHUELER REIS, 2019).

Na narrativa da dor racializada, o processo de tornar-se negra é fundamental para se dar conta de muitas agressões que estão no campo do não dito, ou mesmo daquilo que não se consegue exprimir verbalmente. Não se engane, tornar-se negra aqui não se refere apenas às vicissitudes da negritude, envolve principalmente a roupagem desta dor. É uma dor racializada? É uma branquitude assimilada e suas dores relacionadas à tentativa eterna de uma adequação de um corpo que eu mesma, na tentativa de encontrar branco em mim, invisibilizo? Neusa Santos Souza (1983) em seu livro “Tornar-se negro” traz consigo uma visão analítica deste processo que se inicia como um estranhamento, que parte para a cisão consigo ou para um processo de autoavaliação, que implica em cisão e eventuais conflitos com a sociedade racista em que estamos inseridos.

A violência racista do branco exerce-se, antes de mais, nada, pela impiedosa tendência a destruir a identidade do sujeito negro. Este, através da internalização compulsória e brutal de um Ideal de Ego branco, é obrigado a formular para si um projeto identificatório incompatível com as propriedades biológicas do seu corpo. Entre o Ego e seu Ideal cria-se, então, um fosso que o sujeito negro tenta transpor, às custas de sua possibilidade de felicidade, quando não de seu equilíbrio psíquico (SOUZA, 1983, p. 02).

Na sua tese, Neusa Santos Souza (1983) traz o conceito de “ideal de ego” para identificar as referências que adotamos enquanto construção estrutural psíquica. Estas referências estão muito relacionadas às nossas próprias referências históricas e intrafamiliares. Isso dialoga profundamente com a dimensão transgeracional da dor racializada. Nas narrativas que Neusa capta para construção de sua tese, esta encontra exemplos de como o “ideal de ego” é branco e, portanto, inatingível, doloroso, agressivo, dilacerante por cindir um eu com lei branca de um corpo não-branco, é encontrado não apenas na história da pessoa que sofre no agora, mas dentro da família nas variadas tentativas de negação da própria negritude, seja pela negação verbal, conceitual, seja pela automutilação ou pela autodestruição em um momento posterior.

Ser negro é ser violentado de forma constante, contínua e cruel, sem pausa ou repouso, por uma dupla injunção: a de encarnar o corpo e os ideais de Ego do sujeito branco e a de recusar, negar e anular a presença do corpo negro (COSTA, 1983, p. 02).

Uma pessoa que assume um ideal de branquitude e vive numa sociedade que a estigmatiza constantemente em relação à apresentação pessoal, comportamento, expectativas de (não) ascensão social, é uma pessoa que vive na iminência ou do conflito consigo mesma e da dissociação, ou do conflito com o ideal que se coloca para ela, numa luta pela mudança da rejeição que desde cedo foi ensinada a ter por si mesma enquanto pessoa negra.

Saber-se negra é viver a experiência de ter sido massacrada em sua identidade, confundida em suas perspectivas, submetida a exigências, compelida a expectativas alienadas. Mas é também, sobretudo, a experiência de comprometer-se a resgatar sua história e recriar-se em suas potencialidades (SOUZA, 1983, p. 17).

Lélia Gonzalez racializa a concepção da construção social do gênero de Simone de Beauvoir quando traz reflexão semelhante à de Neusa Santos: “A gente nasce preta, mulata, parda, marrom, roxinha, etc., mas tornar-se negra é uma conquista” (GONZALEZ, 1988).

### 8.3 A pele negra e os desdobramentos do racismo na saúde mental

A vida é igual um livro. Só depois de ter lido é que sabemos o que encerra. E nós quando estamos no fim da vida é que sabemos como a nossa vida decorreu. A minha, até aqui, tem sido preta. Preta é a minha pele. Preto é o lugar onde eu moro (JESUS, 1960).

As iniquidades em saúde fazem parte de um conjunto de características marcantes nas sociedades pautadas na racialização das relações sociais estruturadas na segregação de minorias e na discrepância no acesso aos recursos necessários para o desenvolvimento humano. A desigualdade social é um importante fator causal das iniquidades em saúde, e que nutre as disparidades em relação à prevalência de estresse. O racismo, visto como um elemento criador e potencializador de estressores nas relações sociais, impacta incisivamente na quantidade de estresse experienciada (FARO; PEREIRA, 2011).

O sofrimento racial é um fenômeno histórico e político, e que, por isso, não é individual, e expressa, muitas vezes, a dificuldade de lidar com um mundo no qual as regras não foram pensadas para beneficiar pessoas negras ou desviantes do padrão branco masculino cisheteronormativo. Pensando nesse cenário, o que é normal e o que é patológico no contexto em que uma pessoa que sofre de racismo vive?

A raça/cor da pele pode interferir no acesso à educação, nas oportunidades financeiras e sociais que surgem na vida de uma pessoa, influenciando assim na posição socioeconômica que ocupa na sociedade. Pessoas pretas e pardas estão expostas a maiores níveis de estresse crônico, sendo que mulheres negras recebem mais exposição que mulheres brancas, uma vez que o racismo tanto por estar ligado à formação da estrutura, status e papéis sociais, quanto por estar ligado às experiências de discriminação e racismo. Essa maior exposição ao estresse, e, conseqüentemente, ao racismo, explicam a maior prevalência de transtornos mentais na população negra. A análise das repercussões na saúde mental deve ponderar as especificidades de aspectos sociais, históricos e psicológicos, uma vez que a população negra tem vivências específicas de adoecimento relacionadas ao racismo estrutural, que determina maior vulnerabilidade, em razão da distribuição desigual de recursos e pior acesso à educação, saúde, habitação, justiça e trabalho. O estresse crônico acarreta maior adesão aos comportamentos de risco à saúde (sexual, violência, abuso de drogas), dificuldade de autocuidado, adoecimento crônico, dificuldade de concentração (memória/aprendizagem), ruptura de vínculos afetivos, absenteísmo/desemprego (WILLIAMS et al., 1997; CUEVAS et al, 2013; FARO; PEREIRA, 2011; SCHUCMAN 2014; SMOLEN, ARAUJO, 2017).

Pensar em saúde mental da população negra imputa pensar também nas interseccionalidades que estruturam a subjetividade do *sujeito* negro. Cada pessoa negra tem uma experiência racial diferente a depender de vários fatores como a tonalidade da pele, identidade de gênero, se é gorda ou não, se já se tornou negra ou não, se a pessoa que reside em área urbana, periférica, que está em situação de rua, se está em privação de liberdade, se vive em uma comunidade indígena ou em uma comunidade ribeirinha. Todos esses fatores interferem na forma como a pessoa narra seu sofrimento específico.

Vitor Santiago, 32 anos, carrega marcas da guerra no corpo. Em 11 de fevereiro de 2015, ele foi assistir a um jogo do Flamengo com amigos. Levou dois tiros de fuzil quando voltava de madrugada para casa, na favela da Maré. Teve a perna esquerda amputada, perdeu parte do pulmão e ficou paraplégico. O Exército ocupava a comunidade com promessas de pacificação, desde 2014. Havia montado diversas barreiras chamadas de checkpoints para monitorar o bairro. O veículo no qual Vitor estava parou em uma desses pontos e os ocupantes agiram de maneira padrão: acenderam a luz interna, baixaram o vidro e desligaram o rádio. Vitor e quatro colegas — um deles sargento da Aeronáutica — foram revistados, tiveram documentos checados e seguiram viagem. Cerca de 15 minutos depois, vieram os disparos. Na barreira seguinte, militares de plantão atiraram contra eles. Todos saíram do carro e deitaram-se no chão. Vitor, nesse momento, estava desmaiado. Ninguém mais ficou ferido. Os mesmos homens socorreram o jovem e usaram um tanque de guerra como ambulância para levá-lo a uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Vitor ficou quase quatro meses no hospital. Foram sete dias em coma e, quando acordou, não tinha mais os movimentos da perna que lhe restou. Irone Santiago ficou o tempo todo ao lado do filho no leito de internação. Voltou a trocar as fraldas dele e alimentá-lo. Viu o jovem, técnico em segurança do trabalho e membro do Corpo de Dança da Maré, tornar-se dependente de uma cadeira de rodas. [...] Com problemas psicológicos em decorrência do ocorrido, Irone procurou diversas vezes UPAs e hospitais, nunca teve acompanhamento terapêutico e recebeu apenas indicação para tomar medicamento controlado. ‘O Estado mutilou meu filho e me deu um Rivotril’, afirma. (grifo nosso) (MENEZES, 2018) <sup>12</sup>.

As mortes físicas e simbólicas e essa hiperexposição à morte, a falta de oportunidades de vivenciar os processos de luto, a exposição à humilhação, o medo constante e ódio dirigido para os corpos pretos têm graves efeitos sobre a saúde de pessoas negras, especialmente de mulheres negras. Essas mortes físicas e simbólicas são parte da experiência de ser negra no Brasil desde os tempos coloniais. Nossa subjetividade se faz nesse contexto, que Abdias do Nascimento descreve como genocídio do negro brasileiro: esse processo contínuo de negação de direitos, perdas e mortes (TAVARES, 2020).

Jeane Tavares fala sobre a experiência de ser negra numa sociedade racista e sobre as múltiplas perdas que enfrentamos:

---

<sup>12</sup> Depoimento disponível em: <https://www.metropoles.com/materias-especiais/maes-que-perderam-seus-filhos-por-violencia-policia-lutam-por-justica>.

São quatro séculos de mortes violentas, anônimas, espetacularizadas, por tortura, fome, exaustão e negligência. Séculos de trabalho excessivo e extenuante nas plantações, nas minas, nas construções, na limpeza das cidades, nos serviços domésticos. Um esforço brutal pela sobrevivência em troca de nada ou de muito pouco, que não enriquece nem deixa herança. Séculos de separações forçadas entre familiares pela venda dos corpos negros que, vivos na escravidão ou mortos nas bancadas dos cursos do campo da saúde, são identificados como “peças”. Rompimento de vínculos impostos pelas migrações em busca de trabalho ou pelo encarceramento sistemático em prisões e manicômios. (...) Num contexto hostil, numa sociedade que minimiza ou não reconhece o sofrimento gerado pelo racismo, aprendemos quanto vale a nossa vida. Fazemos constantemente o cálculo, nem sempre racional, das (im)possibilidades e do risco da morte física pela Covid-19, pela polícia, pelo tráfico, pelo parceiro íntimo, por suicídio, pela miséria. Esse cálculo, mediado pelo cruzamento de vários fatores – gênero, idade, religião, classe social, escolaridade, identidade de gênero, entre outros –, vai definir as reações emocionais e comportamentais possíveis diante do aumento do número de ações policiais durante a pandemia e das notícias diárias de assassinatos de crianças e adolescentes em territórios onde o Estado gerencia a barbárie (TAVARES, 2020).<sup>13</sup>

Segundo Rachel Gouveia Passos (2020), a experiência do cuidado colonial, que a autora define como uma das heranças deixadas pelo colonialismo para as mulheres negras é atravessada pela

Ideia de o negro possuir um corpo matável e exterminável. Essa autorização do extermínio está assentada na concepção – que compõe o inconsciente coletivo – de que o negro é inferior (FANON, 2008). Além disso, a colonialidade objetificou a corporalidade negra negando sua humanidade, individualidade e interioridade, reduzindo a existência negra aos instintos selvagens (PASSOS, 2020 *apud* BERNARDINO-COSTA, 2016, p. 121).

Os dados de saúde mental, que mostram que pessoas negras apresentam maior frequência de transtornos mentais, psicose e transtorno mental comum, nos falam do sofrimento psíquico que pode ser traduzido em números. Evidente que, mesmo em uma tentativa de quantificação de transtornos mentais para sensibilização sobre o quanto os racismos são adoecedores, entramos em uma linguagem colonizada e racista. A definição de normal e patológico, historicamente relacionada à herança positivista, é permeada por uma noção de normatividade eurocentrada. Desta forma, vale ainda em posteriores reflexões considerar quantos destes diagnósticos que aqui quantificamos não são mero efeito de patologização de quem é desviante dos estigmas impostos a quem é negra e de algo que poderia ser chamado de embranquecimento social pela medicalização (GOFFMAN, 1978; CANGUILHEM, 1966).

Contudo, não podemos nos esquecer dos sofrimentos que não conseguimos mensurar. Afinal, como medir os impactos das vivências de episódios de racismo cotidiano, da

<sup>13</sup> Sem paginação. Disponível em: <https://diplomatie.org.br/falando-da-perda-hoje-estou-mal-espero-que-voce-entenda/>

necropolítica, do encarceramento em massa, de viver na iminência de sofrer racismo? Como medir as marcas da violência racial naturalizada nas relações sociais e instituições, que consideram corpos e subjetividades negras como perigosos e, por isso, extermináveis? E mais, se mulheres negras são criadas para performar o mito da mulher forte, onde fica esse lugar de sofrer frente a uma profissional de saúde em sua maioria branca?

#### 8.4 Suicídio: racismo, isolamento e o sofrimento silencioso

Me permito desmoronar  
 Desaguar todo entristecer  
 Pra que seja possível curar  
 Me amar e me prevalecer  
 (REIS, 2016).

Na população negra, principalmente no contexto das mulheres, o suicídio pode, muitas vezes, estar relacionado ao racismo e ao isolamento. A conexão entre racismo e morte é potente, posto que o racismo pode ser representado com o que Grada Kilomba (2019) chama de “assassinato racista do eu”. Para a autora, o suicídio é uma das performances da condição do *sujeito* negro em uma sociedade branca, na qual este *sujeito* negro é invisível. Essa invisibilidade seria performada então através da realização do suicídio.

O racismo força o sujeito negro a existir como Outra, privando-o de um eu próprio. O suicídio pode assim, de fato, ser visto como um ato performático da própria existência imperceptível. Em outras palavras, o sujeito negro representa a perda de si mesmo, matando o lugar da Outridade (KILOMBA, 2019, p. 188).

A associação entre racismo, isolamento e suicídio é bastante presente nas narrativas escravistas e coloniais, com um grande número de relatos que versam sobre o suicídio e o infanticídio como “uma forma de proteger a si mesma e a suas crianças de um sistema de escravização que desumanizava e as removia do reino da identidade individual” (KILOMBA, 2019, p 189).

Nessa perspectiva, o suicídio pode ser lido como um ato de tornar-se *sujeito*: ao decidir não mais viver sob as condições da senhora branca, o *sujeito* negro escravizado reivindica sua subjetividade:

No contexto da escravização, comunidades negras eram punidas coletivamente toda vez que uma/um de suas ou seus integrantes tentava ou cometia suicídio. Essa

realidade brutal enfatiza a função subversiva do suicídio dentro das dinâmicas da opressão racial. A punição à comunidade escravizada revela, certamente, o interesse dos senhores brancos em não perder ‘propriedades’, mas, acima de tudo, revela um interesse em impedir que as escravizadas africanas se tornem sujeitos. O suicídio é, em última instância, uma performance da autonomia, pois somente um sujeito pode decidir sobre sua própria vida ou determinar sua existência (KILOMBA, 2019, p 189).

Em um esquema gênero-raça, ao tratarmos do suicídio entre mulheres negras, esse estado de Outridade é mais complexo. Mulheres negras, por não serem nem brancas nem homens, ocupam uma posição subalternizada em uma sociedade patriarcal de supremacia branca, e representam uma ausência dupla, são a antítese tanto da branquitude, quanto da masculinidade (KILOMBA, 2019). Pensando em um contexto local, acrescento aqui que mulheres negras periféricas sofrem com uma tripla opressão: serem mulheres em uma sociedade patriarcal, serem negras em uma sociedade racista e sofrerem com a pobreza em uma sociedade calcada na concentração de riquezas em um pequeno estrato da população em detrimento de grande parte da população por meio do aprofundamento do empobrecimento e da precarização do viver.

Nesse contexto de isolamento absoluto, o suicídio entre mulheres negras pode ser visto como a perfeição de sua existência como a “Outra” dos outros: (...) é o retrato perfeito de um eu desqualificado, um eu que não tem um “Outro” próprio – um ato impecável de não existência (KILOMBA, 2019, p. 191).

## **8.5 O racismo como violência estrutural: as “pequenas” mortes do cotidiano e o luto pela perda dos seus**

Nos últimos tempos na favela, os tiroteios aconteciam com frequência e a qualquer hora. [...] O barulho seco de balas se misturava à algazarra infantil. As crianças obedeciam à recomendação de não brincarem longe de casa, mas às vezes se distraíam. E, então, não experimentavam somente as balas adocicadas, suaves, que derretiam na boca, mas ainda aquelas que lhes dissolviam a vida. Zaíta seguia distraída em sua preocupação. Mais um tiroteio começava. Uma criança, antes de fechar violentamente a janela, fez um sinal para que ela entrasse rápido em um barraco qualquer. Um dos contedores, ao notar a presença da menina, imitou o gesto feito pelo garoto, para que Zaíta procurasse abrigo. Ela procurava, entretanto, somente a sua figurinha-flor... Em meio ao tiroteio a menina ia. Balas, balas e balas desabrochavam como flores malditas, ervas daninhas suspensas no ar. Algumas fizeram círculos no corpo da menina. Daí a um minuto, tudo acabou. Homens armados sumiram pelos becos silenciosos, cegos e mudos. Cinco ou seis corpos, como o de Zaíta, jaziam no chão (EVARISTO, 2016).

Ao abordar a Saúde da População Negra e a influência da exposição contínua à violência racial não reconhecida como tal, Tavares (2019) traça dois tipos de agressão: as

macroagressões e as microagressões. Segundo a autora, as microagressões tendem a estar internalizadas no discurso e são sentidas no dia a dia de uma sociedade racista por uma pessoa que passou pelo processo de tornar-se negra (SOUZA, 1983) e que, portanto, consegue perceber, ainda que inconscientemente, determinados conteúdos contextuais racistas (TAVARES, 2019). Enquanto as microagressões se apresentam frequentemente de forma velada, as macroagressões se refletem em agressões diretas e visíveis, explícitas direcionadas às pessoas negras por motivação racista (TAVARES, 2019). Isso é bem destacado dentro dos estereótipos pejorativos do supremacismo branco que sustentam a lógica dos racismos recreativos, que pode se dar através de um mecanismo de microassaltos (atitudes de desprezo ou agressividade em relação à pessoas negras), microinsultos (atitude que reflete o entendimento de uma inferioridade das pessoas por sua raça) e microinvalidações (quando seu sentimento, sofrimento e narrativas são desvalorizados ou mesmo invalidados), estando estes três mecanismos presentes em piadas, frases racistas e na reprodução hegemônica de diversos discursos racistas, sendo chamados de microagressões (MOREIRA, 2019).

A violência é um marcador fundamental na narrativa diária da mulher negra, especialmente da mulher negra periférica. Frequentemente nos deparamos com notícias relacionando violências de diferentes naturezas, corpos e narrativas negras (CUT, 2020). Aqui, como definição de violência, utilizo o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS) que a define como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação. Nesse conceito, a inclusão da palavra "poder", expande a natureza de um ato violento para incluir os atos que resultam de uma relação de poder, incluindo ameaças, intimidação, negligência ou atos de omissão, além dos atos violentos mais óbvios de execução propriamente dita, incluindo todos os tipos de abuso físico, sexual e psicológico, bem como o suicídio e outros atos auto-infligidos. Essa definição reflete um crescente reconhecimento entre pesquisadoras da necessidade de incluir a violência que não produza necessariamente sofrimento ou morte, mas que, apesar disso, impõe um peso substancial em *indivíduos*, famílias, comunidades e sistemas de saúde em todo o mundo (OMS, 1996; DAHLBERG; KRUG, 2006).

A violência tem uma dimensão estrutural que atua em diversas frentes. Desde a não garantia de direitos pelo Estado, passando pelas violências simbólicas da macropolítica e micropolítica, até mesmo chegando à necropolítica e a cultura da morte (ALMEIDA, 2008; MBEMBE, 2018). O racismo se apresenta como uma violência estrutural, como um braço da necropolítica, através da violência policial que culmina com extermínio de jovens negros, do

encarceramento em massa e de tantas outras expressões dessa violência no cotidiano de pessoas negras. A violência pode ser observada de diversas formas, desde um aspecto necropolítico, uma possibilidade contracolonial, e até mesmo chegando aos seus padrões de repetição comunitária e intrafamiliar enquanto a única linguagem afetiva conhecida e, portanto, a única via de concretização afetiva possível (FANON, 1952; FREUD, 1919; MBEMBE, 2018).

Dessa forma, o racismo estrutural é um importante marcador de diferença que atua na construção das intersubjetividades principalmente de *sujeitos* que vivem a exclusão social e enfrentam as dificuldades inerentes a uma vida desamparada (ALMEIDA, 2008).

Estudos mostram que a iniquidade impacta categoricamente sobre a saúde das minorias. Seu reflexo se faz presente quando falamos de maiores índices de adoecimento físico e mental (BATISTA, 2002), o que leva a uma pior qualidade de vida (CRUZ, 2010) e restrição no acesso às tecnologias em saúde (SOUZA, 2011), o que acarreta maior vulnerabilidade dos *indivíduos* dessas camadas minoritárias ao risco de morrer prematuramente ou serem acometidos por doenças graves (CHOR, LIMA, 2005; OLIVEIRA, 2003).

Dados do Ministério da Saúde (2006) já apontavam para uma realidade de desigualdades em saúde que se mantém até os dias atuais (BRASIL, 2019). Em análise dos dados divulgados naquele ano, verificou-se que a população negra apresentou maior risco de morte por doenças infecciosas e parasitárias, condições relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, causas externas e causas mal definidas. Em relação à mortalidade infantil, notou-se uma redução importante nas suas taxas em todas as regiões. Entretanto, as condições de adoecimento e morte atingem maior número de crianças entre pretas, pardas e indígenas (COTTA et al., 2007; BRASIL, 2006; BRASIL, 2019).

Em estudo recente das tendências de homicídios e perfil das violências interpessoais envolvendo jovens de 15 a 29 anos de idade, constatou-se que as vítimas de violência interpessoal têm um perfil: pessoas jovens, negras, do sexo masculino, com pouca escolaridade (BRASIL, 2019). Outros estudos também indicam perfis semelhantes em que as vítimas majoritárias são homens, negros, pobres, de baixa escolaridade, com pouca escolaridade e residentes nas periferias (RABELLO NETO, 2017; MINAYO, 2005). O maior risco de morte por violência em homens é resultado da maior exposição a atividades relacionadas ao crime e conflitos armados (BOTT et al., 2012), bem como a maior exposição a situações ou comportamentos de risco, justificada pelos aspectos socioculturais relativos aos papéis de gênero (MASCARENHAS et al., 2009). (COELHO et al., 2015; SOUZA, 2005).

Nota-se o aumento das taxas de homicídios de mulheres negras, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, indicando tanto o aumento do número de feminicídios, entendidos como assassinatos de mulheres motivados por questões de gênero, quanto o aumento do número de mulheres envolvidas com o crime e em situação de privação de liberdade, principalmente por questões relacionadas ao tráfico de drogas (SILVA, 2017).

Batista, Escuder e Pereira (2004) estudaram a mortalidade da população do Estado de São Paulo por raça/cor partindo do princípio que o racismo é estruturante na sociedade brasileira, e essa violência estrutural resulta em vulnerabilidade para doenças. Para os autores:

Há uma morte branca que tem como causa as doenças, as quais, embora de diferentes tipos, não são mais que doenças, essas coisas que se opõem à saúde até um dia sobrepujá-la num fim inexorável: a morte que encerra a vida. A morte branca é uma 'morte morrida'. Há uma morte negra que não tem causa em doenças; decorre de infortúnio. É uma morte insensata, que bule com as coisas da vida, como a gravidez e o parto. É uma morte insana, que aliena a existência em transtornos mentais. É uma morte de vítima, em agressões de doenças infecciosas ou de violência de causas externas. É uma morte que não é morte, é mal definida. A morte negra não é um fim de vida, é uma vida desfeita, é uma Átropos ensandecida que corta o fio da vida sem que Cloto o teça ou que Láquesis o meça. A morte negra é uma morte desgraçada (BATISTA; ESCUDER; PEREIRA, 2004, p. 635).

O Brasil tem uma população prisional em crescimento e já ocupa a terceira posição em números absolutos de população prisional no mundo, segundo dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. Em 2016, somavam 726.712 pessoas privadas de liberdade. Dessa população em privação de liberdade, 64% é negra e 55% é jovem (INFOPEN, 2016).

Pensar em interseccionalidade nesse processo é fundamental tanto para formular um projeto estratégico quanto para pensar em medidas emergenciais, considerando as mulheres em situação prisional e aquelas que acabam por passar pelo cárcere indiretamente pela relação com seus familiares (BORGES, 2019)

De acordo com Vilma Reis:

[...] nas narrativas da casa grande, as mulheres negras são originárias de famílias desorganizadas, anômicas, separadas entre integradas e desintegradas, estando todas essas definições numa referência das famílias brancas e, por consequência, as famílias negras são discursivamente apresentadas como produtoras de futuras gerações de delinquentes (REIS, 2005, p. 54).

Por estarmos falando de corpos historicamente perpassados pelo controle e pela punição, discutir encarceramento e sua intersecção com a questão de gênero requer adentrarmos em diversos fatores para análise.

Em números absolutos, o sistema carcerário brasileiro mantém 27280 mulheres em situação prisional, número que representa a quinta maior população de mulheres encarceradas no mundo (INFOPEN MULHERES, 2014). Apesar do número aparentemente baixo, é importante destacar que entre 2006 e 2014, a população feminina nos presídios aumentou em 567,4%, enquanto a média de aumento da população masculina foi de 220% no mesmo período (INFOPEN, 2016). Entre as mulheres em situação de privação de liberdade, 50% têm entre 18 e 29 anos e 67% são negras (INFOPEN MULHERES, 2014).

Uma instituição fundamental no processo de genocídio da população negra no Brasil é o sistema de justiça criminal. Esse sistema, que tem conexão evidente e fortalecida com o racismo, delimita todo um aparato do Estado reordenado para garantir a manutenção de desigualdades baseadas na hierarquização racial e na evidente diferenciação entre branquitude privilegiada e negritude condenada. A morte social provocada pelo encarceramento e pós-encarceramento estigmatiza e tira a perspectiva de uma população que já é atravessada por barreiras estruturais e estigmatizações em vários outros contextos. A maioria dos atos infracionais relacionados à população negra são tráfico de drogas ilícitas e roubo, e os argumentos de justificativa destas infrações são diversos, porém todos perpassando a exposição à violência e às vulnerabilidades diversas (BORGES, 2019).

Além destes aspectos gerais, o encarceramento de mulheres negras tem nuances específicas de suas vulnerabilidades interseccionais. Ao analisar o encarceramento na perspectiva das mulheres negras, Carla Akotirene faz importantes apontamentos:

A prisão, na perspectiva das mulheres, precisa ser analisada na contemporaneidade sobre alicerces interseccionais, pois nela reside um aspecto de sexismo e racismo institucionais em concordância com a inclinação observada da polícia em ser arbitrária com o segmento negro sem o menor constrangimento, de punir os comportamentos das mulheres de camadas sociais estigmatizadas como sendo de caráter perigoso, inadequado e passível de punição (SANTOS, 2014, p. 50).

Para além da privação de liberdade, a manutenção de mulheres negras no cárcere tem significado a permanência da exposição a um ambiente perverso de relacionamentos abusivos, violências e negação de direitos. Como exemplo, o direito ao parto sem algemas ainda tem sido violado, o abandono pela família ainda é comum, o acesso restrito a produtos de higiene: o encarceramento pode ser encarado como uma das maiores expressões do racismo. Além

disso, as revistas vexatórias são outro aspecto importante de vulnerabilização destas mulheres, seja dos seus visitantes, seja das próprias como visita (IBCCRIM, 2015). Para complementar, observa-se uma maioria de mulheres réus primárias, condenadas por crimes relacionados superficialmente à economia do tráfico, cujas condenações e privações de liberdade não têm mostrado diminuir as redes de reprodução dessa atividade ilícita. (IBCCRIM, 2015). Além disso, segundo pesquisa do Instituto Terra de Trabalho e Cidadania (2017), 48,7% das mulheres encarceradas (negras ou não) eram mães, com crianças com uma média de nove anos de idade. Algumas dessas mulheres poderiam estar em prisão domiciliar, principalmente considerando a média de idade jovem de seus filhos e a realidade de superlotação do sistema carcerário. Entretanto, isto contraria a sua função concreta e ambígua de perpetuação de iniquidades através da lei.

Esses dados nos fazem refletir sobre o impacto disso na grande cadeia transgeracional de violência e racismo, dentro do aspecto afetivo da morte em vida, vivenciada por quem é *objeto* desta máquina trituradora de almas que é a sociedade, que combina em sua complexa estrutura, racismo, violência e cultura da morte (MBEMBE, 2018; MOREIRA, 2019). Lélia Gonzalez (1984), em uma fala tão atual que poderia ter sido escrita hoje, nos diz:

Mas é justamente aquela negra anônima, habitante da periferia, nas baixadas da vida, quem sofre mais tragicamente os efeitos da terrível culpabilidade branca. Exatamente porque é ela que sobrevive na base da prestação de serviços, segurando a barra familiar praticamente sozinha. Isto porque seu homem, seus irmãos ou seus filhos são objeto de perseguição policial sistemática (esquadrões da morte, ‘mãos brancas estão aí matando negros à vontade; observe-se que são negros jovens, com menos de trinta anos’. Por outro lado, que se veja quem é a maioria da população carcerária deste país (GONZALEZ, 1984, p. 231).

Como isso impacta na saúde da mulher negra? Como isso impacta na narrativa da mulher negra periférica? A branquitude internalizada, chamada por Fanon (1983) de “máscara branca”, traz juízos de valor raciais que subvalorizam as características negras. A gramática traz consigo o negro como uma caracterização de algo impuro. A televisão mostra corpos negros feridos pela violência. A mídia expõe homens e mulheres negras à hipersexualização. Tudo isso tem função pedagógica e constitui um currículo oculto do racismo que é apreendido e reproduzido, repetido, aperfeiçoado, sofisticado e aprofundado através de diversos mecanismos culturais e relacionais. A população majoritária do país, através de mídias sociais e até mesmo da convivência neste país de tradição racista, lida diretamente com piadas e conteúdos que violam seu corpo e sua expressão sexual mais íntima, objetificando-a, e ri de seu não lugar com o escárnio próprio e despudorado de uma cultura de massa que representa

um *modus operandi* e uma dinâmica social que não tem qualquer compromisso com a vida negra além da sua exploração, do controle e docilização de seus corpos e da banalização de sua morte.

### **8.6 Afetividade da mulher negra: do preterimento e hipersexualização à construção de redes de afeto**

Desde o momento do meu nascimento até meus derradeiros suspiros, estarei sozinha. De fato, a experiência de viver é solitária, não há ninguém além de mim mesma que esteja comigo ininterruptamente. Mas a solidão a qual me refiro não é essa. Trata-se de uma solidão estrutural, que está lá fora, no mundo externo, e que não é do meu controle. Solidão e faltas – todas as que puder elencar – são sinônimos da experiência corporal negra, principalmente da experiência corporal feminina negra. Nascermos em meio a um mundo construído em narrativas românticas em que a solidão não é bem quista. No entanto, sabemos nós, mulheres negras, desde a mais tenra idade que essa narrativa não se aplica a nós. Já sabemos, mesmo sem saber. [...] quem manda nos lares são as mulheres. Estas, acostumadas com a dureza da vida, se relacionam de forma dura com seus filhos. Não é por mal, mas sintoma do racismo estrutural. Não há espaço para o acolhimento, escuta, sentimentos etc. É engolir o sapo e seguir. É uma exigência de força cruel (SILVA, 2020).<sup>14</sup>

Raça e gênero são dois marcadores que afetam mais as mulheres negras do que outros grupos, quando vistos da ótica de sua exclusão afetiva-sócio-cultural. Em síntese, racismo e sexismo são ideologias e práticas socioculturais que moldam as preferências afetivas, ganhando materialidade no corpo racializado e sexualizado, colaborando, especialmente, para a “solidão” de alguns segmentos de mulheres negras.

Os ditos populares “branca para casar, mulata para f... e negra para trabalhar”, evocados e legitimados na obra *Casa Grande & Senzala*, de Gilberto Freyre, ainda hoje atuam como elementos estruturantes das práticas sociais e afetivas dos *indivíduos*. A miscigenação, prática histórica e cultural presente desde os primórdios da sociedade brasileira, ocorre muito mais pela preferência afetivo-conjugal e afetivo-sexual de homens negros por mulheres brancas, do que ao contrário, como confirmam alguns estudos, o que contesta o modelo freyreano de uma democratização das relações sexual-raciais no Brasil (AZEVEDO, 1996). Essas práticas culturais e históricas não podem ser analisadas tangenciadas da forte influência da raça e do gênero nas escolhas afetivas. Ana Cláudia Lemos Pacheco (2008) nos fala:

Tais práticas culturais e históricas não podem ser analisadas sem levar em consideração a forte influência dos fatores racial e de gênero na regulação das

<sup>14</sup> Trecho do texto “Minha cor chega primeiro. Reflexões sobre a experiência de ser uma mulher negra”, de Fabiola Christovão Inacio da Silva, enviado para o Portal Geledés. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/minha-cor-chega-primeiro-reflexoes-sobre-a-experiencia-de-ser-uma-mulher-negra/>

escolhas afetivas. Sendo assim, as experiências afetivas das mulheres negras de Salvador não podem ser (des) corporificadas – para utilizar um vocabulário “cientificamente correto” – de um contexto específico, no qual as relações de dominação – leiam-se entre negros e brancos, homens e mulheres – formaram a base de sua constituição. Foi sobre os corpos negros de homens e, especialmente, das mulheres que, no processo de escravidão e pós-abolição, ergueram-se grandes empreendimentos da máquina colonizadora, como afirma Moutinho (2004, p. 147), materializados no “macho branco colonizador e colonizado no poder (PACHECO, 2008, p. 10);

bell hooks (1995), trata das experiências culturais diversas entre e das mulheres, em especial, o ato de amar. Para a autora, é sobre o ato de amar e ser amada que as hierarquias sociais e as representações do corpo da negra/mestiça se alicerçam e, dessa forma, organizam suas escolhas e sua afetividade. bell hooks (1995), analisando como os corpos das mulheres negras foram representados no período escravista e pós-escravista estadunidense, nos traz:

[...] mais que qualquer grupo de mulheres nesta sociedade, as negras têm sido consideradas ‘só corpo, sem mente’. A utilização de corpos femininos negros na escravidão como incubadoras para a geração de outros escravos era a exemplificação prática da ideia de que as ‘mulheres desregradas’ deviam ser controladas. Para justificar a exploração masculina branca e o estupro das negras durante a escravidão, a cultura branca teve que produzir uma iconografia de corpos de negras que insistia em representá-las como altamente dotadas de sexo, a perfeita encarnação de um erotismo primitivo e desenfreado (hooks, 1995, p. 469).

Pensando no contexto brasileiro, Lélia Gonzalez (1979) nos coloca frente às três representações sociais sobre sexualidade e afetividade das mulheres negras, ao lembrar que as imagens das negras estão vinculadas, quase sempre, aos estereótipos de servilismo profissional e sexual.

O lugar de preterimento das mulheres negras surge do pressuposto de que elas não seriam as parceiras afetivas ideais dos homens negros e nem dos homens brancos para a construção de um relacionamento heteronormativo afetivo estável, sendo esse lugar preferencialmente ofertado a mulheres brancas. Dessa forma, relegava-se às mulheres negras a situação de solidão. Essa ideia se faz presente em trechos de documentos oficiais do Movimento Negro Unificado, como se pode observar no trecho abaixo:

A mulher negra sofre de maneira mais profunda a pressão no sentido do branqueamento, especialmente, do ponto de vista estético [...] E por ser, geralmente, a principal responsável pela educação dos filhos, a mulher negra é utilizada como canal de repasse dos sentimentos de inferioridade impostos pela sociedade, e que causa tantos danos à auto-estima de crianças e jovens negros. Por outro lado, o homem negro, também vítima destas contradições, tende a afastar-se da mulher negra em virtude da ideologia que os inferioriza, relegando-a a solidão (MNU, 1990, p. 09-10).

Falar de afetividade, de escolhas, de solidão é desafiar os sistemas de preferências em uma sociedade que vê mulheres negras como corpos sexuados, racializados e não afetivos, desde os tempos coloniais. A racialização idealizada no corpo atua como um divisor simbólico que as escolhas são por ela estruturadas. Segundo Ana Cláudia Lemos Pacheco (2008):

A cor é um signo que informa o campo semântico de definições corporais, por meio de várias categorizações – raça, “pele clara” x “pele escura”; gênero x mulher negra x mulher branca ou socialmente branca; meninos negros x meninas negras e brancas – gerando, assim, um leque de hierarquias preferenciais (PACHECO, 2008, p. 236).

A autora da tese “Branca para casar, Mulata para F... e Negra para Trabalhar” fala do contexto baiano, que ainda persiste em toda a sociedade brasileira. Segundo a autora:

(...) além dos estereótipos mencionados, há uma representação social baseada na raça e no gênero a qual regula as escolhas afetivas das mulheres negras. A mulher negra e mestiça estariam fora do “mercado afetivo” e naturalizada no “mercado do sexo”, da erotização, do trabalho doméstico, feminilizado e “escravizado”; em contraposição, as mulheres brancas seriam, nessas elaborações, pertencentes “à cultura do afetivo”, do casamento, da união estável. Tais percepções promulgadas no imaginário social e, em certa medida, no imaginário acadêmico brasileiro, inspiraram o título emblemático dessa tese ‘Branca para casar, Mulata para F... e Negra para Trabalhar’ (PACHECO, 2008, p. 13).

Frantz Fanon, em sua obra *Pele Negra, Máscaras Brancas*, escrito em 1952, analisa as relações afetivas entre a “mulher de cor” e o homem branco e entre o “homem de cor” e a mulher branca, no período da colonização francesa nas Antilhas. Apesar de se tratar de período específico e de um contexto cultural diverso, o debate segue atual ao compreender o racismo como um sistema de opressão que se expressa no corpo, na imagem, na linguagem, na sexualidade, no campo da afetividade e na regulação das preferências afetivo-sexuais dos *indivíduos* (PACHECO, 2008). Fanon (1952) entende que o racismo, enquanto sistema de dominação colonial e pós-colonial, facilita a internalização de desejos das dominadas pelo colonizador. A sedução das pessoas “de cor” por parcerias brancas traduz o complexo de inferioridade da dominada e pela superioridade da cultura dominante do colonizador. A mulher negra e o homem negro, nesse pressuposto, construiriam suas subjetividades, escolhas afetivas, desejos e sua sexualidade a partir da internalização do ideal de dominação colonial.

bell hooks, em seu texto “Vivendo o amor” (2010)<sup>15</sup>, nos traz uma afirmação potente: “Muitas mulheres negras sentem que em suas vidas existe pouco ou nenhum amor. Essa é uma de nossas verdades privadas que raramente é discutida em público. Essa realidade é tão dolorosa que as mulheres negras raramente falam abertamente sobre isso.”

Considerando as experiências do povo negro a partir das vivências de escravização de suas antepassadas dentro de um sistema social escravocrata e das divisões raciais a partir disso, torna-se possível compreender que a interiorização do racismo e do sentimento de inferioridade, surgido a partir de um contexto em que, segundo bell hooks (2010):

(...) nossos ancestrais testemunharam seus filhos sendo vendidos; seus amantes, companheiros, amigos apanhando sem razão. Pessoas que viveram em extrema pobreza e foram obrigadas a se separar de suas famílias e comunidades, não poderiam ter saído desse contexto entendendo essa coisa que a gente chama de amor. Elas sabiam, por experiência própria, que na condição de escravas seria difícil experimentar ou manter uma relação de amor.

Em um contexto em que a repressão dos sentimentos era uma estratégia de sobrevivência, a construção da afetividade negra se deu a partir da habilidade de esconder e mascarar sentimentos, o que logo passou a ser considerada como uma personalidade forte. bell hooks (2010) cita como exemplo o ensino de crianças nas famílias do sul dos Estados Unidos:

Tradicionalmente, as famílias do Sul do país ensinavam às crianças ainda pequenas que era importante reprimir as emoções. Normalmente as crianças aprendiam a não chorar quando eram espancadas. Expressar os sentimentos poderia significar uma punição ainda maior. Os pais avisavam: “Não quero ver nem uma lágrima”. E se a criança chorava, ameaçavam: “Se não parar, vou te dar mais uma razão para chorar.” Como é possível diferenciar esse comportamento daquele do senhor de engenho que espancava seu escravo sem permitir que ele experimentasse qualquer forma de consolo, ou mesmo que tivesse um espaço para expressar sua dor? E se tantas crianças negras aprenderam desde cedo que expressar as emoções é sinal de fraqueza, como poderiam estar abertas para amar? Muitos negros têm passado essa idéia de geração a geração: se nos deixarmos levar e render pelas emoções, estaremos comprometendo nossa sobrevivência. Eles acreditam que o amor diminui nossa capacidade de desenvolver uma personalidade sólida.

Numa sociedade racista, patriarcal e capitalista, pessoas negras, e mulheres negras em especial, não recebem muito afeto e amor. Nós, mulheres negras, fomos ensinadas que precisamos ser fortes, que nossa saúde emocional é menos importante que a luta contra o racismo e o sexismo, enquanto, na verdade, essas duas experiências estão intimamente

---

<sup>15</sup> Sem paginação. Disponível em: <http://arquivo.geledes.org.br/.../4799-vivendo-de-amor>

interligadas. Ainda sobre como construímos nossa subjetividade e afetividade, bell hooks (2010) traz o seguinte trecho:

(...) estava também aprendendo uma lição dolorosa, ao sentir que não merecia ser consolada após uma experiência traumática, como se não devesse nem mesmo esperar por isso, como se suas necessidades individuais não fossem tão importantes quanto a luta de resistência coletiva contra o racismo e o sexismo.

O amor e a afetividade são atravessamentos que permeiam a formação de nossa subjetividade. O afeto que nos foi negado por séculos, enquanto povo, bem como o amor que tivemos que abdicar, permanecem em nossas vidas, como traumas não cicatrizados. Valer-se da criação de redes de cuidado e proteção com o intuito de nos fortalecermos enquanto mulheres negras se faz essencial como estratégia para exercício do amor e da nossa afetividade. Segundo bell hooks (1995), quando escolhemos colocar o amor em prática podemos compartilhar tempo e atenção com outras pessoas negras, conhecidas ou não, contribuindo com a transformação da sociedade em que vivemos.

As discussões sobre amor e afetividade vão além da ideia de amor romântico nos relacionamentos amorosos e sexuais e abarcam, também, a construção da coletividade, as outras formas de nos relacionarmos e construirmos nossas redes de apoio e proteção. Beatriz Nascimento (1990)<sup>16</sup>, mulher, negra, nordestina, migrante, professora, historiadora, poeta, ativista e pensadora, desafia o “emaranhado de sutilezas” do racismo combinado ao sexismo e sugere outro significado para o amor quando diz:

No contexto em que se encontra cabe a essa mulher a desmistificação do conceito de amor, transformando este em dinamizador cultural e social (envolvimento na atividade política, por exemplo), buscando mais a paridade entre os sexos do que a “igualdade iluminista”. Rejeitando a fantasia da submissão amorosa, pode surgir uma mulher preta participante, que não reproduza o comportamento masculino autoritário, já que se encontra no oposto deste, podendo assim, assumir uma postura crítica intermediando sua própria história e seus *ethos*. Levantaria ela a proposta de parcerias nas relações sexuais que, por fim, se distribuiria nas relações sociais mais amplas (NASCIMENTO, 1990).

Mulheres negras, em um movimento proposital ou não, se organizam e constroem redes de proteção e afetividade: elas cuidam das filhas umas das outras, reúnem-se em grupos para discussão de pautas específicas, movimentam as associações de mulheres dos bairros, estão presentes nos movimentos sociais e tocam projetos organizados por e para mulheres negras. São essas redes de proteção e afetividade que vão construir o conceito de coletividade

<sup>16</sup> Sem paginação. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/a-mulher-negra-e-o-amor/>

e nos permitir uma aproximação com a nossa ancestralidade. Esses espaços de trocas são espaços de afeto e amor para e entre mulheres negras; são espaços de acolhimento e de pensar estratégias para o enfrentamento das diversas opressões que nos atravessam enquanto mulheres negras. Logo, como nos diz Angela Davis, durante uma conferência realizada na Universidade Federal da Bahia em 2017: “Quando a mulher negra se movimenta, toda a estrutura da sociedade se movimenta com ela” (DAVIS, 2017).

Outro trecho potente de “Vivendo de amor” sintetiza o quanto bell hooks enxerga o ato do amor negro como um ato poderoso para abalar as estruturas da sociedade racista e patriarcal:

Quando nós, mulheres negras, experimentamos a força transformadora do amor em nossas vidas, assumimos atitudes capazes de alterar completamente as estruturas sociais existentes. Assim poderemos acumular forças para enfrentar o genocídio que mata diariamente tantos homens, mulheres e crianças negras. Quando conhecemos o amor, quando amamos, é possível enxergar o passado com outros olhos; é possível transformar o presente e sonhar o futuro. Esse é o poder do amor. O amor cura (hooks, 2010).

Desse modo, entender a importância da construção dessas redes de afeto entre e para mulheres negras, é reafirmar que o afeto é revolucionário, é entender que os espaços de vivência e convivência, autocuidado e troca de experiência entre mulheres negras desempenham um papel essencial de reflexão sobre as opressões que atravessam nossas vidas cotidianamente.

## **9 COMO A MÉDICA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE APRENDE E OFERTA CUIDADO: O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA**

No Brasil, a médica de família e comunidade (MFC) em seu papel de comunicadora, tem como base o método clínico centrado na pessoa (MCCP), que tem sido amplamente adotado tanto em cursos de medicina como nos cursos de pós-graduação ou residências médicas, graças à influência de médicas de família canadenses (NORMAN, TESSER, 2015; GOUVEIA, SILVA, PESSOA, 2019). As médicas de família e comunidade se utilizam da medicina centrada na pessoa pelas características próprias da abordagem que praticam na Atenção Primária à Saúde: não restringem a sua atenção a nenhum grupo populacional, a nenhum tipo de problema, doença ou intervenção; devem acompanhar as pessoas ao longo do tempo e manejar uma variedade de problemas de saúde ou doenças nas mesmas pessoas e

devem considerar, ainda, o contexto das pessoas com o problema ou doença (WEEL, 2011; KLINKMAN, WEEL, 2011; CASTRO, 2015).

O método clínico centrado na pessoa (MCCP) surgiu da necessidade de quebra da concepção hierárquica que diz que a pessoa que busca cuidado é passiva e que a médica é a detentora do saber e está no comando. Ser centrada na pessoa significa entendê-la como um todo e não apenas como aquela que carrega a doença, é considerar o desejo dela de informação e de participar da tomada de decisões. Para Stewart et. al (2017), para ser centrada na pessoa, a médica precisa compartilhar o poder na relação, dar poder a pessoa que busca o cuidado, abrir mão do controle que tradicionalmente entende pertencer a si. Ser centrada na pessoa diz respeito a ser aberta aos sentimentos dela e não apenas observadores distantes e frios de sua doença.

É importante termos em mente que cada pessoa é diferente de alguma forma, e é no cuidado que essas particularidades se tornam ainda mais evidentes e ganham ainda mais importância. Se o objetivo é sermos agentes de cura, devemos conhecer a forma única como aquela pessoa responde àquela doença. O método clínico centrado na pessoa compartilha com a medicina narrativa a importância de valorizar a história privada da pessoa (primeiro e segundo componentes do método clínico centrado na pessoa), que se mostra no decorrer dos encontros clínicos (CHARON, 2006; LAUNER, 2002) e abre espaço para que a médica faça conexões emocionais, que não são valorizadas, e na maior parte das vezes são desestimuladas no método clínico tradicional. A elaboração do plano conjunto de manejo dos problemas, o terceiro componente do MCCP, também pode se valer da medicina narrativa, ao passo que a pessoa e a médica constroem juntos sua história, em busca de entendimentos e mudanças.

O modelo biomédico é aquele em que a doença é tratada como uma entidade independente do comportamento social e explicada por “desvios da norma de variáveis biológicas (somáticas) que podem ser medidas” (ENGEL, 1977, p. 130), não levando em consideração as dimensões sociais, psicológicas e comportamentais da experiência da doença. Entretanto, entender experiências de doenças como depressão, dor crônica, transtornos alimentares, sofrimento mental, adição e outras doenças multifatoriais e complexas exige que consideremos uma dimensão existencial, que não pode ser entendida apenas pela lógica linear e uso de tecnologias duras.

Prestar atenção ao sofrimento das pessoas, suas crenças e emoções, seus relacionamentos vai muito além do cuidado humanizado, diz respeito a entender também a origem dessas doenças (FOSS, 2002). E o método clínico centrado na pessoa foi pensado para lidar com essa complexidade. Sua base é o entendimento da pessoa como um todo e a

compreensão de sua experiência com a doença como caminho para a construção de um plano de manejo comum. Stewart et. al (2017) diz que essa busca por um eixo comum rumo a uma síntese de significados tem de um lado, a perspectiva da médica, que interpreta a experiência da doença em termos de patologia física e a traduz em um nome para a doença, pensando suas causas e terapêuticas, e, do outro lado, a perspectiva da pessoa, que traz sua experiência de ter a doença, suas crenças sobre a causa da doença e suas expectativas quanto ao tratamento. São perspectivas diferentes da mesma realidade. É chegar a um entendimento, uma síntese desses olhares diferenciados que permite que um plano comum seja elaborado.

Entender o ponto de vista da pessoa exige observar suas emoções e o método clínico tradicional nos ensinou, e continua ensinando, exatamente o contrário: “não se envolva”. O resultado desse não envolvimento é o distanciamento entre a médica e a pessoa que busca cuidado, muitas vezes chamado por nós de objetividade, mas que pode ser interpretado por aquela que cuidamos como indiferença ao seu sofrimento. O que o modelo tradicional não ensina é que precisamos desse envolvimento se pretendemos ser mais do que técnicas competentes, se quisermos curar. Ele também não ensina que há várias maneiras de se envolver com as emoções da pessoa sem que isso seja prejudicial e afete o raciocínio clínico, e que existem formas de lidarmos com nossas emoções perturbadoras, que podem e vão surgir quando nos expusermos às emoções da outra pessoa.

O método clínico centrado na pessoa faz parte do currículo educacional de muitos cursos de graduação e pós-graduação pelo mundo, porém, ainda é possível perceber uma série de conceitos equivocados sobre sua aplicação, como por exemplo, concluir que ser centrada na pessoa consome mais tempo ou que apenas as questões psicossociais da pessoa podem ser trabalhadas, ou, ainda, que o método clínico centrado na pessoa é uma série de tarefas que precisam ser cumpridas e não precisam ser aplicadas a cada consulta. Um exemplo que pode ser citado é a utilização do acrônimo SIFE (sentimentos, ideias, funções e expectativas), muito utilizado para o ensino da abordagem da experiência da doença, que faz parte do primeiro componente do método clínico centrado na pessoa, ajuda as estudantes a lembrarem do que precisa ser explorado nesse componente, porém, frequentemente, torna-se apenas uma nova técnica de interrogatório clínico, sem interesse na pessoa ou preocupação com sua real experiência de doença, que é única.

O método clínico centrado na pessoa nos convida a produzir cuidado a partir da proposta de pensarmos o sofrimento da outra pessoa, considerando suas crenças, emoções e relacionamentos. Qual o impacto da não capacidade da profissional em reconhecer, codificar e validar alguns sofrimentos na produção de silenciamento? O método clínico centrado na

pessoa pressupõe uma capacidade de se envolver e de reconhecer outras vivências. Seria o objetivo do MCCP sistematizar o que já sabemos ou nos ensinar algo novo? Quais as propostas para que se aprenda essas vivências? Seria esse um pré-requisito para se aplicar o método ou é possível ensinar e aprender a realizar essa capacidade?

Para facilitar a compreensão, o método clínico centrado na pessoa foi dividido em quatro componentes, que apesar de descritos como entidades independentes, são interativos e acontecem simultaneamente em vários momentos da consulta, possibilitando que a médica transite entre os componentes à medida que o encontro clínico se desenrola.

### **9.1 O primeiro componente: explorando a saúde, a doença e a experiência da doença**

Para que o cuidado seja efetivo, é necessário compreender tanto as experiências da pessoa com relação à saúde, quanto às experiências da doença que ela desenvolve frente aos problemas de saúde. Para tanto, devemos entender o conceito de saúde. Segundo a definição da OMS (1986), a saúde é “um recurso para a vida e não um objetivo de viver”, conceito esse que leva em consideração as aspirações pessoais, recursos sociais e pessoais e capacidades físicas. Para Stewart et. al (2017), saúde é a percepção abrangente das pessoas com relação à saúde e o que a saúde representa para elas, assim como sua capacidade de realizar as aspirações e os propósitos importantes para suas vidas.

Sendo assim, a depender do entendimento da pessoa sobre o seu processo de construção de saúde e adoecimento, podemos ver que nem toda doença reflete uma experiência de doença e que doença não é, necessariamente, ausência de saúde, ou que o inverso seja verdade. Percebemos que pessoas que estão preocupadas ou sofrendo emocionalmente podem se sentir doentes, mesmo sem ter nenhuma doença. Vemos ainda pessoas que se veem saudáveis e não se sentem doentes, e que têm doenças assintomáticas não diagnosticadas. Ainda quando há uma doença presente, o desconforto sentido pela pessoa pode não ser proporcional à extensão orgânica dos danos e representar também a experiência da doença e o que o significado que a pessoa atribui à saúde.

Todavia, de quais locus sociais partimos para compreender essa construção de saúde e doença? Quando consideramos *sujeitos* universais, nos aprofundamos na dinâmica de como esses distintos locus sociais modificam as aspirações e propósitos, ou em como eles podem implicar em barreiras outras para alcançá-los? E quando pensamos no que é codificado ou não como doença, partimos de quais subjetividades? Se falarmos especificamente de mulheres negras, consideramos questões como racismo, trauma colonial, sofrimento psíquico

específicos dessas mulheres ou seguimos uma codificação universal, que pode ser falha para esses casos?

Para explorar a experiência da doença, foram pensadas quatro dimensões, que são: (1) sentimentos da pessoa sobre seus problemas; (2) suas ideias sobre o que está errado; (3) o efeito da doença em seu funcionamento, comprometendo sua qualidade de vida; e (4) suas expectativas em relação à sua médica.

Com frequência, percebemos que os motivos pelos quais a pessoa procura a médica em dado momento é mais importante que o diagnóstico. Algumas vezes não existe um rótulo biomédico que explique o problema e seria mais útil nos perguntarmos “Por que agora?” ao invés de “Qual o diagnóstico?”. Esse fato é muito comum no seguimento de doenças crônicas, onde as consultas são menos motivadas por alguma mudança na doença ou nos sintomas e mais motivadas por alguma modificação da situação social ou ocorrência de situações que causem algum grau de mudança quanto ao entendimento da pessoa com relação à saúde ou com mudanças na capacidade da pessoa de lidar com sua experiência da doença (STEWART et.al, 2017). Livneh e Antonak (2005) trazem algumas respostas psicológicas negativas comuns no caso de doenças crônicas e deficiências:

Estresse elevado por causa da necessidade de viver sob ameaças diárias à sua própria (a) vida e bem-estar; (b) integridade corporal; (c) independência e autonomia; (d) satisfação de papéis familiares, sociais e vocacionais; (e) metas e planos futuros; e (f) estabilidade econômica (2005, p. 12).

Entender o que a saúde significa na vida diária da pessoa é tão importante quanto entender sua percepção do processo de saúde e doença e a sua experiência da doença. É necessário conhecer os significados que a pessoa atribui à saúde, o que ela entende por saúde e por doença, suas crenças em relação à doença e à experiência com a doença, seus valores, aspirações, prioridades e suas motivações para buscar por saúde. E será ajudando essa pessoa a contar suas histórias de saúde e de experiência de doença, que a médica lhe ajudará a dar sentido e ao processo de saúde e adoecimento.

Conseguimos, de fato, entender a necessidade de, enquanto profissionais de saúde, dialogar com perspectivas sociais (raciais, econômicas, de gênero) diferentes do processo saúde-adoecimento?

## **9.2 O segundo componente: entendendo a pessoa como um todo**

O segundo componente do método clínico centrado na pessoa integra os conceitos de saúde, doença e experiência da doença com a compreensão da pessoa como um todo, levando em consideração o estágio em que a ela está no ciclo da vida e seu contexto de vida próximo e amplo.

A vida de cada pessoa é influenciada pelos estágios de desenvolvimento que elas vão passando. É a passagem por esses estágios que vai influenciar a personalidade das pessoas e prever suas motivações, ideias e expectativas, sua autonomia e suas ligações afetivas. Os estágios do ciclo de vida da pessoa, as tarefas que assume e os papéis que lhe são atribuídos motivam o tipo de cuidado que ela buscará.

Quando vemos as histórias, percebemos que a doença afeta muito mais que órgãos e sistema do corpo, muitas vezes ela afeta a capacidade da pessoa de alcançar suas metas e aspirações. Discutir as questões que dão sentido à vida das pessoas que buscam cuidado faz parte do cuidado centrado na pessoa. Para Broom (1997), a mente, o corpo e a espiritualidade da pessoa são como um todo integrado e separar um desses pedaços para examinar é minimizar ou negar a importância das outras partes. Quando a médica se dispõe a reconhecer e respeitar os mecanismos de defesa usados pela pessoa para afastar a ansiedade interna e externa, pode melhorar o entendimento das respostas dadas pela pessoa frente à doença e à experiência da doença. Uma escuta cuidadosa e qualificada da história da pessoa pode permitir que ela consiga elaborar seu passado e assim modifique fatores que podem imobilizá-la de agir no presente.

É importante que entendamos o importante papel que a família tem no entendimento da pessoa como um todo. Diversos autores (MEDALIE, COLE-KELLY, 2002; MCDANIEL et al., 2005; MCGOLDRICK et al., 2010; STEWART, 2017) definem família como duas ou mais pessoas relacionadas ou ligadas biologicamente, emocionalmente ou legalmente, com uma história e um futuro comuns. É importante que entendamos o conceito de família para além da noção tradicional: a noção de família deve abranger uniões como as de casais de lésbicas, gays e outras que fujam da cis-heteronormatividade, famílias de mães ou pais solo, casais sem filhas, relacionamentos fora do casamento, ambientes domésticos compostos de amigas. É importante entender que apesar da mudança e expansão na composição e nos papéis da família, permanece sua função de garantir um ambiente seguro e acolhedor que promova o bem-estar físico, psicológico e social de seus *membros*. Relacionamentos e laços familiares nos ligam umas às outras e nos levam a ser quem somos como pessoas e como doentes.

Segundo Stewart (2017, p. 73):

A saúde e o bem-estar das famílias são afetados por problemas como abuso de crianças e mulheres, suicídios e abuso de drogas. As famílias também têm que enfrentar a tensão enorme imposta pelo desemprego, a pobreza, as doenças graves e a falta de moradia. [...] Uma definição ampla de família deve incluir o reconhecimento das influências socioculturais e políticas mais abrangentes que dão forma ao conhecimento, crenças e valores do médico em relação à família.

Conhecer as crises dos ciclos de vida que podem romper com a dinâmica familiar ajuda a médica a reconhecer os problemas da pessoa como parte de um sistema, e não apenas um fato isolado ou episódico, e entender os múltiplos fatores que influenciam nos problemas da pessoa, bem como seu impacto na história de vida dela. Essa ruptura causada pela experiência com a doença pode alterar a forma como a família se relaciona e demandar uma mudança na estrutura e na distribuição dos papéis dentro da família, que vão desde mudança na rotina para idas aos serviços de saúde ao suprimento financeiro da família. Incluí-la no encontro terapêutico implica lidar com os conflitos familiares daquelas pessoas. A decisão de quem incluir nesses encontros e quando as incluir deve partir das necessidades específicas da pessoa de quem cuidamos e do entendimento das dinâmicas daquela família.

Pensando em um contexto brasileiro, com uma maioria numérica de famílias negras e inter-raciais, precisamos pensar na necessidade de racializar o olhar para o que entendemos como famílias, a fim de compreender as influências do contexto familiar no processo de saúde e adoecimento individual. Considerando o contexto brasileiro e as desigualdades e iniquidades em saúde, questiono aqui se os ciclos de vida podem ser universalizados e se existe uma possível universalização da experiência social. Como lidamos com isso na prática?

Ademais, entender a pessoa como um todo demanda que, em sua prática clínica, a médica considere os fatores contextuais daquela experiência de saúde e de doença, por conseguinte, ignorar o contexto do mundo de uma pessoa pode levar a erros na interpretação dos achados e nas propostas terapêuticas. Não é possível minimizar o fato de que a vida das pessoas que cuidamos acontece no âmbito de sistemas maiores, como a família, a comunidade e o ambiente. Stewart et. al (2017, p 82-83) entende que a visão ambientalista foi incorporada na medicina da pessoa como um todo e escreve:

Usando essa abordagem, Candib (2007) redefiniu a epidemia de obesidade e diabetes como algo que inclui vários fatores complexos, como genética, fisiologia, psicologia, família e questões sociais, econômicas e políticas, e que leva em consideração “a vida intrauterina, a fisiologia da mãe e o contexto de vida, o genótipo poupador, a transição nutricional, o impacto da urbanização e da imigração na saúde das pessoas, as atribuições sociais e as percepções culturais do peso aumentado e as mudanças nos custos e na disponibilidade da alimentação em consequência da globalização”.

[...]

Muita atenção ainda se concentra nos determinantes mais amplos da saúde, o que se soma à preocupação comum sobre a determinação biológica e genética, considerações sobre o desenvolvimento infantil saudável, gênero, renda, status social e nível de instrução, ambiente físico e social, estilo de vida, redes de apoio, emprego, condições de trabalho e cuidados médicos (Egan et al., 2008; Charter for Health Promotion, de Ottawa, 1986; Wilkinson e Targonski, 2003). Muitos dos determinantes mais amplos da saúde, inclusive a vivência infantil de desigualdade de renda (Gupta et al., 2007), o status social, a coesão social limitada e as vivências relacionadas de alta incidência de privação e abusos na infância, foram associados a padrões de estilos de vida (Lynch et al., 1997; Smith et al., 1997), fatores sociais (Walker et al., 1999; Kinra et al., 2000; Anda et al., 1999), saúde física, emocional e cognitiva e desenvolvimento ao longo do curso da vida (Graham e Power, 2007) que contribuem para a doença crônica mais tarde na vida. Outras pesquisas ligaram a desigualdade de renda (Kawachi et al., 1999b), o status social (Lantz et al., 1998; Smith et al., 1997), a limitação da coesão social (Seeman, 1996) e fatores relacionados com a alta incidência de privações na infância (Evans et al., 2000; McEwen, 2000; Power et al., 2000) diretamente ao aumento da incidência de doenças crônicas e à morbimortalidade relacionada a essas doenças (Bosma et al., 1999; Kawachi et al., 1999b). Neurocientistas já argumentaram que a adaptação aos desafios estressantes da vida, como aqueles que acompanham os determinantes amplos da saúde, ativa mecanismos neurais, neuroendócrinos e neuroendocrinoimunológicos para manter a homeostase durante a mudança. Também sugeriram que “a carga acumulada de adversidade” (Alonzo, 2000) acaba por sobrecarregar a capacidade de adaptação do corpo, predispondo aos processos de doença (MCEWEN, 1998).

Assim, é fundamental que as médicas considerem as questões contextuais ao permitir que as pessoas elaborem um sentido para seus sintomas, bem como ao pensar estratégias de promoção de saúde e prevenção de doenças. O contexto inclui o ambiente físico e interpessoal em que está inserida e, de maneira ampliada, fatores globais que interferem em sua saúde e na assistência à saúde.

Stewart et. al (2017) considera que pensar estratégias de promoção de saúde e prevenção de doenças exigem que a “pessoa como um todo” seja entendida a partir de uma lente mais abrangente, que inclua a “comunidade” e o contexto social mais amplo. Com a evolução do que se sabe sobre os determinantes sociais mais amplos da saúde, é necessário que nos perguntemos, como profissionais de saúde, se a comunidade local, o sistema de assistência à saúde e a sociedade ofertam as opções necessárias para que o *indivíduo* chegue o mais próximo possível do ideal de saúde.

Dividimos o contexto da pessoa em fatores do contexto próximo e do contexto amplo. Os fatores do contexto próximo compreendem a família, segurança financeira, educação, emprego, lazer e apoio social. Os fatores do contexto amplo abrangem a comunidade, a cultura, a economia, o sistema de assistência à saúde, fatores sócio-históricos, aspectos geográficos, a mídia e a saúde ecossistêmica. Stewart et al. (2017, p. 87) afirma que:

O entendimento do contexto amplo exige que se considere não apenas os determinantes sociais da saúde e a prevalência global, a incidência e a propagação da doença, mas também os desafios e oportunidades para os cuidados de saúde contidos nas agendas, regulações legais e políticas de organizações internacionais, nacionais, provinciais, estaduais, municipais e profissionais.

Na prática, o que consideramos contexto próximo e distal? Como colocamos isso na nossa prática? Valorizamos fatores de cada um dos contextos que são realmente relevantes para aquele caso e aquela pessoa individualmente ou tendemos a considerar fatores universais para nossa população? Onde se localiza o racismo, atravessamento importante da nossa sociedade que ainda não venceu o mito da democracia racial, uma vez que suas expressões atravessam a vivência negra no plano individual, contextual próximo e também macro estrutural?

### **9.3 O terceiro componente: elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas**

O método clínico centrado na pessoa tem como propósito a construção de um plano conjunto de manejo dos problemas de saúde das pessoas a quem prestamos algum cuidado. Para Stewart et al. (2017, p. 97), construir um plano conjunto é:

Encontrar um consenso com a pessoa para elaborar um plano para tratar seus problemas médicos e suas metas de saúde, que reflita suas necessidades, valores e preferências e que seja fundamentado em evidências e diretrizes. Esse consenso é atingível se primeiro explorarmos a experiência de saúde e de doença da pessoa e, ao mesmo tempo, os sinais e sintomas da doença. A construção desse entendimento se dá no contexto que abrange a individualidade da pessoa, sua família, outros relacionamentos importantes e o ambiente em que vive. Esse processo complexo é desenvolvido pela colaboração entre o médico e a pessoa, com base em confiança, empatia e respeito mútuo.

A elaboração de um plano conjunto de manejo dos problemas deve ser pensada desde o início da consulta, junto ao primeiro estágio do método clínico, e não ser pensada apenas como passo final após termos obtido e organizado todas as informações. Construir esse plano conjuntamente é pensar a pessoa como parceira no reconhecimento de seu processo de saúde e adoecimento e na definição de seu tratamento. Para que essa construção conjunta seja alcançada, Tuckett e colaboradores (1985) falam de “um encontro de especialistas”: a médica, especialista na perspectiva biomédicas do problema, e a pessoa, especialista em sua experiência de saúde e de doença e em como sua experiência da doença está afetando na realização de suas aspirações de vida. Todo esse processo demanda que a pessoa e a sua

médica caminhem rumo a uma compreensão sobre a natureza do problema, prioridades, metas de tratamento, definição de papéis, ainda que tenham visões diferentes sobre essas questões. Este é o componente central em que todos os outros convergem e para onde caminha um cuidado integral centrado na pessoa.

No contexto brasileiro, como se dá a compreensão de especialista de si em relação aos processos de tornar-se negra? A médica de família e comunidade acessa essa questão? Qual o papel da médica de família e comunidade nesse processo?

Em geral, quando decidem procurar uma médica para tratar de determinado problema, as pessoas já construíram uma ideia sobre ele. Entender ou encontrar uma explicação para sintomas preocupantes faz parte da busca da experiência humana: para algumas pessoas rotular os problemas ajuda a se sentir no controle do problema, para outras ajuda a entender a causa, a evolução e um possível prognóstico. Não levar isso em consideração e não conseguir alcançar a perspectiva da pessoa dificulta um acordo necessário entre a médica e a pessoa no definir do problema e, sem esse passo essencial, dificilmente ambos entrarão em consenso sobre o tratamento e o manejo. É importante que, ao descrever e definir o problema, a médica evite os jargões médicos e termos técnicos complicados, aos quais está acostumada, e use uma linguagem acessível que permita à pessoa entender e sentir-se à vontade para questionar e tirar suas dúvidas nesse processo.

Com certa frequência, as pessoas precisam de ajuda para colocar suas histórias em palavras e precisam do que Howard Brody (1994) chama de “construção conjunta da narrativa”, onde a médica contribui com a escrita dessa história, que passa a ser mais como uma conversa e construída em conjunto. Para Launer (2002), o papel da médica é ser curiosa, questionar para obter elucidações, seguir as pistas fornecidas pela pessoa e, às vezes, sugerir outro ponto de vista. A abordagem narrativa permite que a pessoa produza *insights* sobre como a experiência da doença está afetando sua vida, seus sentimentos com relação a ela, o que espera da médica e qual papel espera que ela assuma. Muitas vezes, faz-se necessário que a médica faça perguntas para complementar a história da pessoa e preencher lacunas, para explorar possíveis diagnósticos e entender melhor determinados aspectos da experiência que aquela pessoa tem com a sua doença.

Há um incentivo para a abordagem de narrativas e sofrimentos sobre as quais a profissional de saúde não saberá o que fazer, um incentivo a lidar com a incerteza numa perspectiva não apenas clínica, mas também de acesso aos marcadores sociais da diferença. A autora sugere que a médica preencha essas lacunas, mas a partir de qual lugar essas lacunas devem ser preenchidas? Como preencher lacunas de vivências desconhecidas?

Se as ideias e expectativas das pessoas sobre seu próprio tratamento e manejo não forem levadas em consideração pela médica, elas podem reagir com relutância em seguir as recomendações de tratamento, por não se sentirem ouvidas e respeitadas. É necessário que as médicas incentivem as pessoas a participar ativamente do processo de construção do plano de manejo, explicando as opções de tratamento de modo que possam ser compreendidas, que incluam a pessoa na conversa sobre vantagens e desvantagens das abordagens possíveis, reconheçam e discutam dúvidas e preocupações das pessoas com relação ao tratamento e/ou manejo. As médicas podem se sentir desapontadas quando as pessoas não seguem os planos de manejo, porém, o que chamamos de “não adesão” pode ser apenas a forma que a pessoa encontrou de mostrar que discordou das metas do tratamento e do plano imposto, e não conseguiu conversar sobre isso.

Todo contato entre a médica e as pessoas a quem presta cuidado deve ser visto como uma ocasião favorável para ponderar prevenção e promoção de saúde. Ainda que o tempo de consulta seja curto e que condições médicas mais graves devam ser priorizadas nas consultas médicas típicas, é essencial considerar sempre a redução do risco de novos problemas, bem como a piora das questões clínicas preexistentes. As atividades educativas, os exames preventivos, atividades de prevenção secundária e terciária são discutidas como parte do terceiro componente do método clínico.

A médica deve trazer um determinado conhecimento teórico sobre aspectos de prevenção e promoção de saúde e tratamento de doenças. A pessoa, por sua vez, traz sua experiência de doença e de saúde, suas expectativas e seu contexto. É o encontro entre elas que vai permitir a construção do plano de prevenção, promoção e reabilitação em saúde ou tratamento curativo. Uma parte considerável das pessoas tem condições médicas incuráveis (ou condições de sofrimento que não vão deixar de existir). A meta primária de seu tratamento, então, é tentar reduzir a repercussão da doença em suas vidas e minimizar os sintomas e perdas funcionais que podem interferir com o seu potencial de alcançar suas metas, aspirações e propósitos. Uma vez que as metas, aspirações e propósitos são únicas para cada pessoa, é indispensável que ela seja incluída na discussão e tomada de decisões sobre promoção e prevenção em saúde (CASSEL, 2013).

O entendimento do que é prioridade para a pessoa, em relação à promoção e prevenção de saúde, pode não acontecer em um único encontro com a médica. É importante, então, que suas necessidades sejam avaliadas e leve-se em consideração sua condição médica, seus comportamentos e riscos de saúde, sua idade e gênero. Para que uma pessoa modifique comportamentos, é necessário que ela tenha vontade de mudar, tenha acesso aos recursos para

a mudança e apoio social para realizá-la. Para alcançar uma mudança, em geral, as pessoas passam por diferentes estágios e a identificação do estágio em que ela se encontra é de grande valia para elaborar um plano conjunto de manejo dos problemas. As pessoas pensam em modificações de estilo de vida ou de hábitos e percorrem de maneira singular cada estágio ao fazer mudanças. Sendo assim, necessitam de suporte individualizado daquelas que lhe prestam cuidados em saúde. Entrevistas motivacionais e tomada de decisão informada são estratégias que devem ser adotadas nas entrevistas para auxiliar as pessoas e as médicas no processo de construção de um plano conjunto de manejo dos problemas.

A promoção e prevenção na saúde enfrentam dilemas éticos sobre riscos e potenciais benefícios nas condutas usuais. A decisão compartilhada entre pessoa e profissionais de saúde reforça a autonomia e permite que ela possa tomar sua decisão de maneira informada e, assim, autônoma. A invasão da doutrina biomédica na cultura de massa e no imaginário social tende a criar a impressão de que para todas as questões da vida há uma resposta médica, o que resulta no uso excessivo de tecnologias preventivas e curativas potencialmente danosas.

Quando falamos em prevenção e promoção de saúde, temos bagagem para acessar e possibilitar processos de racialização no cuidado de pessoas negras? Entendemos que racializar o cuidado em saúde e acessar ativamente o processo de tornar-se negra é uma forma de prevenção e produção de cuidado?

#### **9.4 O quarto componente: intensificando a relação entre a pessoa e a médica**

Os componentes interativos do método clínico centrado na pessoa se estruturam nas relações que são desenvolvidas, essas que significam integração e se mantêm na parceria entre a pessoa e aquela que lhe presta cuidado. A literatura sobre medicina, enfermagem e psicoterapia embasa processos que se sustentam numa relação potente entre a pessoa e a médica, e se constituem numa aliança terapêutica. Essa relação requer habilidades “altamente técnicas, psicologicamente profundas e pessoalmente empáticas” (CASSELL, 2013, p. 19), incluindo cuidado, empatia, compaixão, confiança, continuidade, constância, compartilhamento de poder, cura e esperança.

Os valores correntes da sociedade estimulam características que se relacionam ao individualismo, supervalorizam a ciência e a tecnologia e estimulam comportamentos que distanciam as pessoas de relações interpessoais. Willis (2002) traz que um grande dilema da medicina contemporânea é manter e recuperar sua humanidade, sua caritas, sem perder sua essência científica na ciência, buscando um equilíbrio. Ainda que essas influências sociais

sejam relevantes, a relação entre a pessoa e a médica tem sido um ponto importante desde o início do que conhecemos como medicina ocidental.

A falta de empatia, compaixão ou apoio, bem como o egocentrismo e a arrogância dos profissionais de saúde, reconhecida ou não, pode interferir no cuidado em saúde que prestamos às pessoas. O crescente uso de tecnologia e a ênfase na alta eficiência médica dão abertura para um aumento de situações de distanciamento entre a médica e a pessoa. Com relação à tendência das médicas a se distanciarem, McWhinney traz:

A tentação é evitar a pessoa com desculpas muito boas, como dedicar toda a sua atenção ao exame físico ou fingir para nós mesmos que não temos tempo para visitá-las. Mas a pessoa geralmente não é enganada por esses meios e atitudes, percebendo perfeitamente bem que tememos confrontá-la. Podemos até ser tentados a abandonar aquela pessoa sem dar explicação. Ainda assim, é essencial que continuemos a estar presente para essas pessoas que sofrem e que buscam assistência (2012, p. 88).

A profissional médica se engana ao pensar que o cuidado compassivo é mais trabalhoso. Primeiramente, o simples fato de o *indivíduo* perceber que tem alguém atento ao seu sofrimento já é suficiente para melhorar desfechos, junto ao acompanhamento longitudinal, isso é potencializado. Em segundo lugar, é um equívoco acreditar que é possível ficar afastado da pessoa e da história que ela traz. Enid Balint e colaboradores (1993) destacam, ainda, que é mais interessante o movimento consciente da médica entre a observação objetiva e a identificação empática. Não é possível forçar distanciamentos ou aproximações, já que é um fenômeno espontâneo da consulta. Dentro da questão da longitudinalidade/continuidade do cuidado, algumas políticas de Estado podem provocar rupturas que prejudicam esse processo contínuo.

Pergunto-me que afetos o encontro com a imagem de pessoas negras provoca nas médicas de família e comunidade brasileiras. O corpo que provoca medo na rua, do lado de fora, pode provocar afetividade e conexão no encontro clínico? Se não, como esse cuidado compassivo se constrói?

Transferência e contratransferência são oscilações de afeto respectivamente provocadas na pessoa que é atendida e na profissional de saúde que a atende. Estas oscilações de afeto são importantes aspectos na construção de uma comunicação efetiva entre a pessoa e a profissional de saúde. Esse processo está relacionado à forma como as interlocutoras recebem e processam todas as informações (verbais, não verbais e não verbais simbólicas) durante o processo dialógico de consulta. Como exemplo, a contratransferência provocada no profissional de saúde pode evocar uma emoção que a pessoa está experienciando ao falar de

determinado tema e por diversos motivos não consegue colocar em palavras. Entretanto, é importante entender que um elemento que modula essas oscilações é o aporte de experiências prévias dos *indivíduos* que dialogam. Esses processos também evocam relações outras que não àquela do momento, o que pode comprometer a comunicação clínica. Nesse contexto, a autopercepção é uma ferramenta que permite à profissional perceber um processo contratransferencial e impedir que este comprometa o encontro clínico, reforçando o vínculo.

### **9.5 Aprendendo e ensinando o método clínico centrado na pessoa**

Por diversas vezes, muita angústia é causada nas estudantes de medicina que visam ser boas profissionais e entendem isso como resolver todos os problemas trazidos pelas pessoas, os quais concebem ser de sua responsabilidade enquanto médicas. Há algum tempo, sabemos, que em alguns lugares, em 90% das vezes, quando uma pessoa consulta uma médica, sua condição ou é autolimitante ou não há tratamento que possa mudar seu curso natural. Muitas vezes, a coisa mais importante que uma médica tem para oferecer às pessoas é ela mesma: seu tempo, sua compreensão e seu apoio. A pessoa que sofre costuma ter como expectativas importantes para o encontro clínico: o alívio para seu sofrimento e para sua ansiedade, uma relação com base na compaixão e no cuidado, alguma explicação sobre o que está errado e o porquê, e um senso de ordem ou sentido imposto ao caos aparente de seu sofrimento pessoal, ajudando-a, dessa forma, a dar sentido e a lidar com esse sofrimento (HELMAN, 2006, p. 09).

No processo de se tornarem médicas, as educandas devem desenvolver habilidades em três áreas: (1) adquirir conhecimento médico e competência técnica para lidar com a doença, (2) “tornar-se” uma profissional e (3) aprender a curar.

Neste processo, como ocorre a subjetivação da aprendiz, a formação de um ser capaz de reflexões críticas? Em qual dessas três áreas, nós, enquanto profissionais, aprendemos a nos conhecer enquanto *sujeitos*? Em que aspectos somos convidadas a nos racializar e a acessar os privilégios de classe, gênero, raça e sexualidade que possuímos ou não?

Durante a busca profissional de aprenderem a curar através dos conhecimentos técnicos, as alunas descobrem um modelo biomédico restrito. Dessa forma, é através da experiência prática no encontro com as pessoas que aprendem a ser agentes de cura. Ser uma agente de cura é apoiar as pessoas no encontro de seu próprio caminho ao longo de sua experiência da doença até recuperarem nova integridade. Ao introduzir o conceito de cura, as professoras precisam estar atentas às expectativas que criam em suas educandas. Essas jovens médicas costumam achar suficientemente desafiadoras as tarefas de diagnosticar e tratar a

dimensão biológica dos problemas de quem atendem. Quando se atêm apenas a esta dimensão, acabam por ficar cansadas ao realizar o encontro clínico e perceberem que as expectativas das pessoas ultrapassam isso. As estudantes podem se sentir sobrecarregadas, mas devem ser encorajadas neste processo, e suas angústias devem ser acolhidas, gerando reflexões a fim de aprimorarem suas práticas e reduzirem o mal-estar.

Como foi anteriormente descrito, lidar com as pessoas e suas narrativas pode sobrecarregar. Esta carga pode ser muito pesada durante o processo de graduação, sendo vista, na pós-graduação, até mesmo como violenta. É preciso ressignificar esta difícil experiência para potencializar suas possibilidades de aprendizado e impedir que se reproduzam os maus-tratos do ambiente de trabalho com as pessoas atendidas. Isto encontra eco na teoria construtivista, que traz a importância da pessoa que vivencia uma experiência dar sentido à sua vivência. Isso permite que o *indivíduo* que aprende complexifique progressivamente sua visão do contexto desafiador e suas práticas em relação a esse contexto.

Para Stewart (2016), as preceptoras, que exercem papel de mentoria (referências), também podem estimular o foco da preceptoranda na sua “formação profissional”. Isso gera motivação, que é um dos grandes desafios deste momento, podendo fazer com que uma pessoa que entre na residência idealizando a prática centrada na pessoa desista de lutar contra tantos desafios e absorva práticas biomédicas não centradas na pessoa.

Existem diversos tipos de educandas, a destacar: as que focam mais na competência técnica, como a melhor forma de prestar seu serviço, e outras que não refletem tanto sobre sua função, e sim veem as pessoas que atendem como *objeto* de aprendizado. Dentro disso, surge a importante função da mentora dentro do processo de formação, que é o desenvolvimento da dimensão humana da educação médica. Nesse propósito, podem recorrer a diversas estratégias, tais como: a transmissão de como entrevistar e fazer uma boa anamnese e a sensibilização sobre as questões envolvidas no desenvolvimento humano e no desafio de tornar-se médica. Isso é que cria as bases para o aprendizado do Método Clínico Centrado na Pessoa.

Segundo Stewart (2016), a rotina desgastante e precária de trabalho pode desmotivar a manutenção deste complexo processo de aprendizagem e reflexão. Entretanto, se crê que o MCCP é mais gratificante a longo prazo. De qualquer forma, sob pressão e com pressa, a profissional pode acabar fazendo com que as pessoas cedam à lógica de soluções rápidas, e isso gerar uma falsa impressão de que as pessoas atendidas preferem este modelo desatento e apressado.

O método clínico centrado na pessoa, apresentado aqui como a principal ferramenta de comunicação clínica aplicada pela médica de família e comunidade, foi introduzido no contexto brasileiro sem ter sido adaptada para ele. Vivemos em um país que teve suas origens na escravização de pessoas negras e que, ainda hoje, precisa lidar com o mito da democracia racial e seus impactos na não-discussão do racismo no país. Atendemos populações majoritariamente negras e não temos uma ferramenta racializada que dê suporte para acessar as vivências e processos de subjetivação que constroem essas pessoas enquanto *sujeitos*. Se não racializamos o cuidado que ofertamos, como será possível falar de cuidado integral para essas pessoas?

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS E REFLEXÕES FUTURAS**

O modelo biomédico não é capaz de explicar as complexas significações e experiências de saúde e de adoecimento vivenciadas pelas pessoas, em sua amplitude e profundidade. Uma escuta focada na pessoa, que leve em consideração seus sinais, sintomas, a forma como esses sintomas interferem em sua vida, sua experiência única de adoecimento, a integração dessa pessoa com seu ecossistema familiar e comunitário, é essencial para pensarmos no cuidado que desejamos ofertar. As mulheres negras, em suas experiências situadas na interseccionalidade de opressões estruturais, sofrem com o racismo institucional na saúde, que não acolhe suas subjetividades, seus traumas e suas formas de viver a vida. Não é possível ofertar cuidado integral sem racializá-lo. Este pretense cuidado integral não racializado vai na contramão dos princípios de equidade, universalidade e integralidade, norteadores do SUS. Para produzir um cuidado em saúde racializado, é essencial que profissionais de saúde sejam capazes de se considerar de maneira integral, capazes de se racializar para a construção de pontes, visando a um cuidado, de fato, intersubjetivo.

O método clínico centrado na pessoa, como método, não resolve o não-acesso à vivências e narrativas não hegemônicas de *sujeitos* considerados *outros* na sociedade. Todas e quaisquer ferramentas e métodos importados precisam ser contextualizados à dinâmica social brasileira e, portanto, racializados dentro da perspectiva de uma pretensa democracia racial.

Destarte, falar de cuidado integral sem racializar essa produção de cuidado e sem considerar as diversas formas como as pessoas constroem suas subjetividades, e aqui falamos em especial sobre essa construção da subjetividade negra e das mulheres negras, na intersecção de opressão de gênero e raça, bem como os impactos do racismo na vida das pessoas a quem ofertamos esse cuidado, é não pensar a integralidade em seu real sentido; é

partir do princípio de que todas as pessoas se subjetivam da mesma forma; é pensar um cuidado que se diz integral, mas que enxerga todas dentro de um mesmo padrão.

O método clínico centrado na pessoa é uma excelente ferramenta de comunicação que, quando colocada em prática da forma como foi pensada e tal como está escrita, é capaz de abarcar as complexidades de cada *indivíduo*. Apesar de ser um bom instrumento de comunicação e de ensino de habilidades de comunicação clínica, tal método não serve para ensinar a médica a acessar as diversas formas de sofrimento e de opressão que atravessam o ser social. O MCCP, quando foi traduzido para o contexto brasileiro, deveria ter sido racializado, uma vez que o racismo é estrutural da nossa sociedade e, por conseguinte, estruturante no processo de saúde-adoecimento-cuidado. A tradução de livros, técnicas e métodos para o português, sem adaptação para o contexto brasileiro, torna invisíveis existências não normativas. O contexto de formação da sociedade brasileira, com suas origens no período colonial, engendrado na escravização de corpos negros e extermínio de povos indígenas, tem suas peculiaridades, e a não adaptação de materiais que usamos para ensinar a prática da medicina de família e comunidade, no nosso contexto, ignora essas particularidades. Precisamos pensar em como isso impacta na nossa prática enquanto profissionais e no cuidado ofertado para as pessoas que atendemos.

A profissional de saúde tem sua história, traz sua bagagem pessoal, e aquilo que não faz parte dela não consegue ser expressado apenas pela aplicação do MCCP. Este amplia o entendimento da pessoa para o seu contexto, mas não é capaz de ensinar sobre as várias perspectivas de vivência em sociedade e não resolve a questão de acesso a vivências não hegemônicas.

Quando falamos da saúde e do processo de saúde-adoecimento de mulheres negras, o maior desafio é que, ao colocá-lo em prática, as profissionais de saúde reproduzem os racismos estrutural, institucional e, por vezes, interpessoal, que vivenciam e no qual foram criadas. Dessa forma, acabam por negar a discussão racial e, por vezes, as discussões de gênero. A mulher negra, que não é o *sujeito* universal e não faz parte do discurso universal, fica invisibilizada e seu discurso passa a não existir e não consegue ser alcançado. Esse apagamento acontece pela ausência de bagagem, por parte da médica, para alcançar essas narrativas e acolher esses sofrimentos. Fala-se muito em empatia, porém, para ter empatia com uma pessoa, ela precisa primeiro ser reconhecida enquanto *sujeito*. No Brasil, por conta do racismo, pessoas negras têm sua subjetividade e sua humanidade negadas e, portanto, não são vistas como *sujeito*.

É importante ressaltar que o MCCP é uma ferramenta de comunicação clínica e precisamos nos questionar se, enquanto ferramenta, esse método consegue dar conta de ensinar aquilo que não sabemos ou se ele funciona para sistematizar aquilo que já sabemos, mas ainda precisamos estruturar para uso. No entanto, essa ferramenta ganha corpo quando é aplicada por uma pessoa. Quando falamos de comunicação clínica e da relação entre pessoas, essa troca é dependente de quem aplica a ferramenta, que colocará algumas questões em evidência, enquanto outras serão invisibilizadas, uma vez que pessoas têm construções sociais diferentes e que estão atentas a questões diferentes, o que vai acabar por modificar o produto final do uso dessa ferramenta, que se traduz em cuidado. O questionamento que fica é: como definir e escalonar o que é importante dentro de cada situação? Por exemplo, em uma consulta, quando a perspectiva feminista é usada para entender a sobrecarga da mulher ou a divisão sexual do trabalho, isso é não abordar o contexto para quem: para a mulher que sofre ou pra quem aplica a ferramenta?

Utilizar o método clínico centrado na pessoa como ferramenta de comunicação não significa dizer que a profissional de saúde conseguirá, necessariamente, acessar o sofrimento daquela pessoa a quem está prestando cuidado, principalmente quando nos referimos ao cuidado em saúde das mulheres negras. Seu uso, por si só, não garante alcançar sofrimentos que não são conhecidos ou vivenciados ou com os quais nunca entramos em contato.

O ensino e aplicação do método clínico centrado na pessoa não tem sido suficiente para que nós, enquanto médicas de família e comunidade formadas e em formação, consigamos, de fato, fazer aquilo a que nos propomos: acessar narrativas e construir um caminho para o cuidado integral. Da forma como vem sendo colocado em prática, sem contextualização com a realidade brasileira e sem um real engajamento na luta antirracista por parte das profissionais de saúde, o MCCP vem se mostrando como mais uma forma de reproduzir o silenciamento de opressões que afetam a vida de mulheres negras.

Considerando a formação sócio-histórica colonial escravagista brasileira, a formação em Medicina de Família e Comunidade no Brasil, ao se pretender integral, equânime e contextual, precisa reconhecer a necessidade de racializar a produção de cuidado. Para tanto, é necessário estarmos disponíveis e aptas para acessar e acolher o sofrimento provocado pelo trauma colonial, que ainda hoje impacta a vida das mulheres negras que atendemos. Pensando no contexto brasileiro, não podemos tratar a saúde da população negra, e em especial da mulher negra, como a competência cultural que é esperada do MFC. Competência cultural deve ser entendida como a habilidade de acessar culturas diferentes da nossa, o que não faz sentido ao abordarmos a experiência de adoecimento da população negra, que é fruto de uma

única construção sociocultural brasileira, que tende a apagar a memória e as contribuições africanas na cultura, via mito da democracia racial. Não estamos falando de pessoas com uma cultura diversa da normativa, estamos falando da maioria da população, que deveria então ser vista como norma.

Não pretendemos, através deste ensaio, definir todas as alternativas e pensar solitariamente soluções concretas para que consigamos alcançar a vivência dessas mulheres e ofertar o cuidado integral de que tanto falamos. Propomos que ampliemos nossas perspectivas para pensarmos juntas. Reconheçamos que, durante todo o nosso processo de construção de nós mesmas, enquanto pessoas, enquanto profissionais ao longo da graduação e pós-graduação, silenciemos vivências que não são hegemônicas e a vivência dessas mulheres negras e, principalmente das mulheres negras e periféricas, maioria dos atendimentos ofertados no Sistema Único de Saúde, nosso principal campo de prática, é muito distante dessa vivência hegemônica.

Pensar a interdisciplinaridade e a produção intercategorias é um aspecto importante e positivo para expandir percepções de vivências distintas e possibilidades de cuidado. Ampliar as perspectivas e vivências das médicas de família e comunidade formadas e em formação através de oficinas de narrativas e trocas de experiências é permitir que vozes femininas negras falem por si mesmas sobre suas vivências, sentimentos e atravessamentos. Construir roteiros para abordagem do contexto proximal e distal, permitindo que a médica amplie sua bagagem pessoal para visibilizar sofrimentos advindos do racismo e outros sofrimentos possíveis, é pensar em uma forma de minimizar, a curto prazo, esse processo de invisibilização ao qual são submetidos *sujeitos* negros. Inserir o questionamento sobre autodeclaração de raça/cor nas consultas permite entender em qual fase do processo de tornar-se negra se encontra aquela pessoa, e abre espaço para dimensionar as situações de racismo e o entendimento da pessoa frente essas questões, bem como mostrar-se disponível e aberta para discutir possíveis questões que possam surgir. Visibilizar a necessidade de outras formas de aprendizagem para conseguir oferecer um cuidado mais racialmente equânime, com a inclusão de literaturas que permitam conhecimento sobre a violência e o trauma colonial, a exemplo de Frantz Fanon, Lelia Gonzalez, Grada Kilomba, entre outros. São muitas ideias que exigem esforços pessoais e institucionais, para que possamos minimizar os impactos de séculos de opressão.

À guisa de conclusão, retomamos aqui uma importante questão colocada por Patricia Hill Collins (2017) sobre o feminismo negro, a interseccionalidade e a política emancipatória. Segundo a autora:

A promessa inicial do feminismo negro e a ideia de interseccionalidade que a acompanhou consistia em promover políticas emancipatórias para as pessoas que aspiravam a construção de uma sociedade mais justa. No entanto, podemos perguntar, quando se trata de abordar as questões sociais importantes do nosso tempo, o que se perde quando os projetos interseccionais contemporâneos de conhecimento falham em incorporar um ethos de justiça social? Mais importante, o que se pode obter se nos esforçarmos para desenvolver projetos interseccionais de conhecimento mais robustos, que tenham a justiça social em seu cerne? (COLLINS, 2017, p. 15).

A reprodução do *status quo* racista é um caminho mais fácil, porém, questionamos aqui: enquanto profissionais de saúde comprometidas com o cuidado integral, o que estamos nos propondo a fazer efetivamente?

## SUGESTÕES DE LEITURAS

CARNEIRO, Sueli. **Raça, classe e desigualdades**. São Paulo: Estudos avançados, 2003.

EVARISTO, Conceição. **Becos da memória**. Belo Horizonte: Mazza, 2006.

EVARISTO, Conceição. **Insubmissas lágrimas de mulheres**. Belo Horizonte: Nandyala, 2011. 2. ed. Rio de Janeiro: Malê, 2016.

EVARISTO, Conceição. **Poemas da recordação e outros movimentos**. Rio de Janeiro: Malê, 3. ed. 2017.

EVARISTO, Conceição. **Ponciá Vicêncio**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2003.

FANON, Frantz. **Os Condenados da Terra**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2005.

FANON, Frantz. **Peles Negras, máscaras brancas**. EDUFBA, 1ª Edição, 2008.

GONZALEZ, L. **Primavera para as rosas negras**. São Paulo: UCPA Editora, 2018.

JESUS, Carolina Maria de. **Quarto de despejo – diário de uma favelada**. São Paulo: Francisco Alves, 1960.

KILOMBA, Grada. **Memórias da Plantação: episódios de racismo cotidiano**. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

RARA, Preta. **Eu, empregada doméstica: a senzala moderna é o quartinho da empregada**. 1ªED. 2019.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Verônica Santos; MOCO, Ednéia Tayt-Sohn M.; BATISTA, Cláudio Sergio. **Mulheres Negras e HIV: determinantes de vulnerabilidade na região serrana do estado do Rio de Janeiro**. São Paulo: Saúde soc., v. 19, supl. 2, 2010, p. 63-74.
- ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019.
- ALVES, M. A.; GALEÃO-SILVA, L. G. **A crítica da gestão da diversidade nas organizações**. São Paulo: Revista de Administração de Empresas, v. 44, n. 3, 2004, p. 20-9.
- ANDRADE, Wallace Carvalho de. **Eugenia, raça e imigração: diálogos com a constituinte 1933- 1934**. Dissertação (Mestrado) – Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca, Rio de Janeiro, 2017.
- ANJOS, K.F.; SANTOS, V.C.; SOUZAS, R.; EUGÊNIO, B.G. **Aborto no Brasil: a busca por direitos**. Rio de Janeiro: Revista Saúde e Pesquisa. 2013, p. 141-52. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/2698/1862>. Acesso: 22 jan. 2021.
- ARAUJO, Joel Zito. **O negro na dramaturgia, um caso exemplar da decadência do mito da democracia racial brasileira**. Florianópolis: Rev. Estud. Fem., v. 16, n. 3, 2008, p. 979-985. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2008000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2008000300016&lng=en&nrm=iso). Acesso: 16 fev. 2021.
- ARENDT, H. **A condição Humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 4ª. Edição, 1989.
- AYRES, José Ricardo de C. M. **Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática**. Interface (Botucatu), v. 4, n. 6, 2000, p. 117-120. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832000000100010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000100010&lng=pt&nrm=iso). Acesso: 15 nov. 2020.
- \_\_\_\_\_. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Ciênc. saúde coletiva, v. 6, n. 1, 2001, p. 63-72. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100005&lng=en&nrm=iso); Acesso: 21 nov. 2020.
- BALINT, E.; COURTENAY, A.E.; HULL, S. **The Doctor, the Patient, and the Group**. London: Routledge; 1993.
- BALINT, M. **The Doctor, His Patient, and the Illness**. New York: International Universities Press, 2nd ed., 1964.
- BATISTA, Amanda et al. **Análise socioeconômica da taxa de letalidade da Covid-19 no Brasil**. Nota Técnica 11 – 27/05/2020. Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS). Inteligência computacional aplicada à predição da evolução da Covid-19 e ao dimensionamento de recursos hospitalares. Disponível em: <https://ponte.org/wp-content/uploads/2020/05/NT11-An%C3%A1lise-descritiva-dos-casos-de-COVID-19.pdf>. Acesso: 30 jan. 2021.

BATISTA, M. C. A., PEREZ, O. C. **Participação política e marcadores sociais da diferença**: reflexões sobre o tema no campo da ciência política. Teresina: Conexão Política, 2016, p. 23-34.

BOFF, L. **Saber Cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRAH, Avtar. **Diferença, diversidade, diferenciação**. Campinas: Caderno Pagu, Núcleo de Estudos de Gênero/Unicamp, 2006, p. 329-376.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016**. Brasília, 2018.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Covid-19 Boletim epidemiológico especial**. Semana Epidemiológica 53 (27/12/2020 a 2/1/2021), Brasília, 2021.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da população negra no Brasil**: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Funasa, 2005.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil**: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2006**: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília; 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Saúde Brasil 2019**: uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, 2005.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais**. Rio de Janeiro: Physis, v. 17, n. 1, 2007, p. 77-93. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Acesso: 23 jan. 2021.

CAMPOS, G.W.S. **A clínica do sujeito**: por uma clínica reformulada e ampliada. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_. **Saúde paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CAMPOS, G.W.S.; CUNHA, G.T.; FIGUEIREDO, M. D. **Práxis e formação Paideia**: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2013.

CANGUILHEM, Georges. (1966) **O Normal e o Patológico**. 6ª.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CARMICHAEL, S.; HAMILTON, C. **Black power: the politics of liberation in America**. New York: Vintage, 1967.

CARNEIRO, Aparecida Sueli; FISCHMANN, Roseli. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2005.

CASTRO, Rodrigo Caprio Leite de. **A abordagem médica centrada na pessoa no processo terapêutico da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus em atenção primária à saúde: fatores associados e qualidade do manejo**. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

CAVENAGHI, Suzana. **Mulheres chefes de família no Brasil: avanços e desafios**. Rio de Janeiro: ENS-CPES, 2018. Disponível em: [https://www.ens.edu.br/arquivos/mulheres-chefes-de-familia-no-brasil-estudo-sobre-seguro-edicao-32\\_1.pdf](https://www.ens.edu.br/arquivos/mulheres-chefes-de-familia-no-brasil-estudo-sobre-seguro-edicao-32_1.pdf). Acesso: 16 mar. 2021.

CHACHAM, A.S. **Condicionantes Socioeconômicos, etários e raciais**. *Jornal da Rede Saúde* 2001, p. 44-47.

CHOR, D.; OLIVEIRA, E.X.G.; MELO E.C.P.; PINHEIRO R.S.; CARVALHO M.S. **Desigualdade socioeconômica afeta a chance de realizar mamografia no Brasil**. *CMDSS* 2011. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/10/CMDSS-1110.1v1.pdf>. Acesso: 20 jan. 2021.

CHOR, Dóra. **Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça**. *Cad. Saúde Pública*, v. 29, n. 7, 2013, p. 1272-1275. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700002>. Acesso: 20 jan. 2021.

CISNE, Mirla; GURGEL, Telma. **Feminismo, Estado e políticas públicas: desafios em tempos neoliberais para a autonomia das mulheres**. *SER Social*, v. 10, n. 22, 2008, p. 69-96.

COLLINS, Patricia Hill. **Se perdeu na tradução? Feminismo negro, interseccionalidade e política emancipatória**. Parágrafo, v.5, n.1, 2017. Disponível em: <http://revistaseletronicas.fiamfaam.br/index.php/recicofi/article/view/559>. Acesso: 14 jan. 2021.

COSTA, Jurandir Freire. **Da cor ao corpo: a violência do racismo**. In. SOUZA, Neusa Santos. **Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1983.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. **Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde**. *Revista brasileira de educação médica*, v. 31, n. 3, 2007, p. 278-286.

COWARD, R. **Patriarchal precedents: sexuality and social relations**. Londres: Routledge and Kegan Paul, 1983.

CRENSHAW, Kimberlé. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero**. *Estudos Feministas*, v. 10, n. 1, 2002, p. 171-188.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. **Violência: um problema global de saúde pública**. *Rio de Janeiro: Ciênc. saúde coletiva*, v. 11, 2006, p. 1163-1178. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=en&nrm=iso). Acesso: 12 mar. 2021.

DANTAS, Sylvia; FERREIRA, Ligia; VÉRAS, Maura. **Um intérprete africano do Brasil:** Kabengele Munanga. São Paulo: Revista USP, 2017, p. 31-44.

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

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. **Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele:** dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). Saúde e Sociedade [online]. v. 25, n. 3, 2016, p. 561-572. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162647>. Acesso: 11 mar. 2021.

DONNANGELO, Maria Cecília F. **Saúde e sociedade.** São Paulo: Hucitec, 2011.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado.** São Paulo: Best Bolso, 2014.

EVARISTO, Conceição. **Becos da memória.** Belo Horizonte: Mazza, 2006.

\_\_\_\_\_. **Olhos d'água.** Rio de Janeiro: Pallas: Fundação Biblioteca Nacional, 2016.

\_\_\_\_\_. **Poemas da recordação e outros movimentos.** Rio de Janeiro: Malê, 3. ed. 2017.

FALQUET, Jules. **Romper o tabu da homossexualidade:** contribuições da lesbianidade como movimento social e teoria política. Cadernos de Crítica Feminista, ano VI, N. 5, 2012.

FERNANDES, Viviane Barboza; SOUZA, Maria Cecilia Cortez Christiano de. **Identidade Negra entre exclusão e liberdade.** São Paulo: Rev. Inst. Estud. Bras., n. 63, 2016, p. 103-120.

FERREIRA, A.B.H. Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3 ed. totalmente rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.

FERREIRA, Bia. Não precisa ser Amélia. Estúdio Showlivre, 2018.

FERREIRA, Nara Torrecilha. **Como o acesso à educação desmonta o mito da democracia racial.** Rio de Janeiro: Ensaio: aval.pol.públ.Educ., v. 27, n. 104, 2019, p. 476-498. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-40362019000300476&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40362019000300476&lng=en&nrm=iso). Acesso: 16 fev. 2021.

FOUCAULT, M. Aula de 17 de março de 1976. In FOUCAULT, M. **Em defesa da Sociedade** – Curso no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

GOFFMAN, Erving. **Estigma:** notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GONZALEZ, Lélia, Mulher Negra: um retrato, 1979. In: GONZALEZ, L. **Primavera para as rosas negras.** São Paulo: UCPA Editora, 2018.

\_\_\_\_\_. **A categoria político-cultural de amefricanidade**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. Nº. 92/93 (jan./jun.). 1988b, p. 69-82.

\_\_\_\_\_. **Por um feminismo afrolatinoamericano**. Revista Isis Internacional, v. 9, p. 133-141, 1988.

\_\_\_\_\_. **Racismo e sexismo na cultura brasileira**. Rio de Janeiro: Revista Ciências Sociais Hoje, Anpocs, 1984, p.223-244.

GOUVEIA, Eneline A. H.; SILVA, Rodrigo de Oliveira; PESSOA, Bruno Henrique Soares. **Competência Cultural: uma resposta necessária para superar as barreiras de acesso à saúde para populações minorizadas**. Brasília: Rev. bras. educ. med., v. 43, n. 1, supl. 1, 2019, p. 82-90. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022019000500082&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000500082&lng=en&nrm=iso). Acesso: 12 fev. 2021.

GRISCI, Carmem L.I. Ser mãe, produção dele, reprodução dela. In: CARDOSO, Reolinas S. (Org.) **É uma mulher...** Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

GUARNIERI, F. V.; MELO-SILVA, L. L. **Ações afirmativas na educação superior: rumos da discussão nos últimos cinco anos**. Porto Alegre: Psicologia & Sociedade, v. 19, n. 2, 2007.

HELMAN, C. **Suburban Shaman: Tales from Medicine's Front Line**. London: Hammersmith Press, 2006.

HOOKS, Bell. **Intelectuais Negras**. Florianópolis: Revista Estudos Feministas, v.3, nº 2, 1995, p. 454-478.

\_\_\_\_\_. **Vivendo de amor**. In: Geledes, 2010. Disponível em: <http://arquivo.geledes.org.br/.../4799-vivendo-de-amor>. Acesso: 11 mar. de 2018.

\_\_\_\_\_. **From margin to center**. Boston: South End Press, 1984.

IBGE, Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2012/2019**. Rio de Janeiro, 2019.

IPEA. Ficha catalográfica. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 4ª ed., 2011.

JESUS, Carolina Maria de. **Quarto de despejo** – diário de uma favelada. São Paulo: Francisco Alves, 1960.

JONES, C. P. **Confronting institutionalized racism**. Atlanta: Phylon, v. 50, n. 1, 2002, p. 07-22. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/4149999?seq=1>. Acesso: 23 jan. 2021.

KLINKMAN, Michae; WEEL, Chris van. **Prospects for person-centred diagnosis in general medicine**. J Eval Clin Pract. 2011, 17(2):365-70.

LEAL, Maria do Carmo et al. **A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil**. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, v. 33, supl. 1, 2017. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2017001305004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2017001305004&lng=pt&nrm=iso). Acessos: 17 jan. 2021.

LIMA, F. **Bio-necropolítica**: diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe. Rio de Janeiro: Arq. bras. psicol., vol.70, 2018.

\_\_\_\_\_. **Trauma, colonialidade e a sociogenia em Frantz Fanon**: os estudos da subjetividade na encruzilhada. Rio de Janeiro: Arq. bras. psicol. vol.72, 2020. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672020000300007#:~:text=Mais%20do%20que%20uma%20palavra,%2C%20subjuga%2C%20desumaniza%20e%20extermina](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672020000300007#:~:text=Mais%20do%20que%20uma%20palavra,%2C%20subjuga%2C%20desumaniza%20e%20extermina). Acessos: 17 jan. 2021.

\_\_\_\_\_. **Um ebó artístico-epistêmico** Rio de Janeiro: Revista Espaço Acadêmico, v. 20, n. 226, 2021, p. 42-54. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/54017>. Acesso em: 01 mar. 2021

\_\_\_\_\_. Vidas pretas, processos de subjetivação e sofrimento psíquico: Sobre viveres, feminismo, interseccionalidades e mulheres negras. In: Pereira, M. O.; Gouvea, R. (Orgs.). **Luta manicomial e feminismos**: Discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Autografia, 2017, p. 70-85.

LOPES, Fernanda. **Desigualdades em Saúde no Brasil**: Panorama e Desafios. Canal do Centro de Integração de Dados e Conhecimentos em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (CIDACS Fiocruz) no Youtube, 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=x9s7yGYOHcg>. Acesso: 31 jan. 2021.

LORDE, Audre. **Sister outsider**. New York: The Crossing Press, 1984

LOURO, Guacira Lopes. Pedagogias da sexualidade. In: LOURO, G. L. (Org.) **O corpo educado**: pedagogias da sexualidade. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2013. p. 7-34.

LUGONES, María. **Colonialidade e gênero**. Bogotá: Universidade Colégio Mayor de Cundinamarca, nº, 2008, p. 73-101. Disponível em: <https://bazardotempo.com.br/colonialidade-e-genero-por-maria-lugones-2/>. Acesso: 30 jan. 2021.

MAIO; SANTOS. Construindo a nação: hierarquias raciais e o papel do racismo na política de imigração e colonização. In: MAIO, M. C. e SANTOS, R. V. (orgs). **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996, p. 235-249.

MANSANO, S. R. V. **Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade**. São Paulo: Revista de Psicologia da UNESP, v. 8, 2009, p. 110-117. Disponível em: <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/946>. Acesso: 22 nov. 2020.

MARIANO, Silvana Aparecida. **O sujeito do feminismo e o pós-estruturalismo**. Florianópolis: Rev. Estud. Fem., v. 13, n. 3, 2005, p. 483-505. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104026X2005000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104026X2005000300002&lng=en&nrm=iso). Acesso: 08 mar. 2021.

MARTINS, A. L.; MENDONÇA, L. C. **Aborto - Mortes Preveníveis e Evitáveis**: dossiê. Rede Feminista de Saúde, 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dossie\\_aborto\\_mortes\\_preveniveis\\_evitaveis.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dossie_aborto_mortes_preveniveis_evitaveis.pdf). Acesso: 20 jan. 2021.

MATOS, C. C. de S. A.; TOURINHO, F. S. V. **Saúde da População Negra**: como nascem, vivem e morrem os *indivíduos* pretos e pardos em Florianópolis (SC). Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 13, n. 40, 2018, p. 1-13. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1706>. Acesso: 22 jan. 2021.

MBEMBE, Achille. **Políticas da inimizade**. Lisboa: Antígona, 2017.

\_\_\_\_\_. **Crítica da razão negra**. Lisboa: Antígona, 1ed, 2014.

\_\_\_\_\_. **Necropolítica**. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018.

MELLO, L., GONÇALVES, E. **Diferença e interseccionalidade**: notas para pensar práticas em saúde. Revista Cronos, 2010, p. 163-173.

MELO, E. A.; MATTOS, R. A. Gestão do Cuidado e Atenção Básica: controle ou defesa da vida? In: MENDONÇA, M. H. M. et al. (Orgs.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil**: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 1, 2018, p. 95-116.

MELO, Késia Maria Maximiano de; MALFITANO, Ana Paula Serrata; LOPES, Roseli Esquerdo. **Os marcadores sociais da diferença**: contribuições para a terapia ocupacional social. São Carlos: Cad. Bras. Ter. Ocup., v. 28, n. 3, 2020, p. 1061-1071. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoarf1877>. Acesso: 22 jan. 2021.

MENEZES, Leilane. **Senhoras das dores**: as mães que a violência policial despedaçou. Metrôpoles, 2018.

MERHY, Emerson Elias. **Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas**: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. Interface (Botucatu), v. 4, n. 6, 2000, p. 109-116. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832000000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000100009&lng=en&nrm=iso). Acesso: 15 nov. 2020.

MIGNOLO, Walter D. **Colonialidade**: o lado mais escuro da modernidade. RBCS [online]. vol.32, n.94, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v32n94/0102-6909-rbcsoc-3294022017.pdf>. Acesso: 16 mar. 2021.

MOMBAÇA, J. **O mundo é meu trauma**. Belo Horizonte: Revista Piseagrama. n.11, 2017. Disponível em: <https://piseagrama.org/o-mundo-e-meu-trauma/>. Acesso: 01 mar. 2021

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

MOUTINHO, Laura. **Diferenças e desigualdades negociadas**: raça, sexualidade e gênero em produções acadêmicas recentes. Campinas: Cad. Pagu, n. 42, 2014, p. 201-248. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-8333201400420201>. Acesso: 23 jan. 2021.

NASCIMENTO, Beatriz. A mulher negra e o amor. Jornal Maioria Falante, 1990. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/a-mulher-negra-e-o-amor/>. Acesso: 23 jan. 2021.

NOGUEIRA, Oracy. **Preconceito racial de marca e preconceito racial de origem**: sugestão de um quadro de referência para a interpretação do material sobre relações raciais no Brasil. São Paulo: Tempo soc., v. 19, n. 1, 2007, p. 287-308. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-20702007000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702007000100015&lng=en&nrm=iso). Acesso: 16 mar. 2021.

NORMAN, A. H.; TESSER, C.D. **Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v.10, n. 30, 2015.

OLIVEIRA, Beatriz Muccini Costa; KUBIAK, Fabiana. **Racismo institucional e a saúde da mulher negra**: uma análise da produção científica brasileira. Rio de Janeiro: Saúde debate, v. 43, n. 122, 2019, p. 939-948. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912222>. Acesso: 23 jan. 2021.

OLIVEIRA, Elda de et al. **Contribuição da interseccionalidade na compreensão da saúde-doença-cuidado de homens jovens em contextos de pobreza urbana**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. v. 24, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180736>. Acesso: 01 mar. 2021.

ONOCKO CAMPOS, R.T. et al. **Salud Colectiva y Psicoanálisis**: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. In: Salud Colectiva, Buenos Aires, 2008, 4(2):173-185.

ORGANIZATION, World Health. **Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority**. Geneva: WHO; 1996.

PACHECO, Ana Claudia Lemos. **Branca para casar, mulata para f..., negra para trabalhar**: escolhas afetivas e significados de solidão entre mulheres negras em Salvador, Bahia. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 2008.

PALMA, Lavínia; RICHWIN, Iara Flor; ZANELLO, Valeska. **Dispositivos de subjetivação e sofrimento das mulheres**: para uma escuta gendrada das emoções no campo da psicoterapia. Uberlândia: Caderno Espaço Feminino, v. 33 n. 2, 2020.

PASSOS, Rachel Gouveia. **Mulheres negras, sofrimento e cuidado colonial**. Rio de Janeiro: Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, n. 45, v. 18, 2020, p. 116 – 129. Link: <https://doi.org/10.12957/rep.2020.47219>. Acesso em: 1 Mar. 2021.

PELUCIO, Larissa. **Marcadores sociais da diferença nas experiências travestis de enfrentamento à aids**. São Paulo: Saúde soc., v. 20, n. 1, 2011, p. 76-85.

PERPÉTUO, I.H.O. **Raça e acesso às ações prioritárias na agenda de saúde reprodutiva.** Anais do XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2000.

MNU, **Programa de ação.** Belo Horizonte: IX Congresso Nacional Belo Horizonte, 1990.

QUIJANO, Anibal. **Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina.** Buenos Aires: CLACSO, 2005. Disponível em: [http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100624103322/12\\_Quijano.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100624103322/12_Quijano.pdf). Acesso: 16 mar. 2021.

REIS, Tassia. **Se avexe não.** São Paulo: Independente, 2016.

REIS, Vilma. **Atucaiados pelo estado:** as políticas de segurança pública implementadas nos bairros populares de Salvador e suas representações, 1991- 2001. Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia. 2005.

RIBEIRO, I. G.S.; BENELLI, S. J. **Jovens negros em conflito com a lei e o racismo de Estado.** Bauru: Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos, v. 5, n. 1, 2017, p. 245-262. Disponível em: <https://www3.faac.unesp.br/ridh/index.php/ridh/article/view/476/210>. Acesso: 30 jan. 2021.

SA MOREIRA, Fernando. **Racismo acadêmico e Estudos Filosóficos Negros.** Paraíba: Ensaios Filosóficos, v. 21, p. 57-83, 2020.

SANTOS, Naila Janilde Seabra. **Mulher e negra:** dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. São Paulo: Saúde soc., v. 25, n. 3, 2016, p. 602-618. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902016000300602&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902016000300602&lng=en&nrm=iso). Acessos: 22 jan. 2021.

SANTOS, Ricardo Augusto dos. **'Branqueamento' do Brasil.** Rio de Janeiro: História, Ciências, Saúde - Manguinhos. Vol.15, n. 1, 2008, p. 221-224. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010459702008000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702008000100014&lng=en&nrm=iso). Acesso: 16 mar. 2021.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2018.** São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20\(3\).pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20(3).pdf); Acesso: 02 ago. 2020.

SCHUCMAN, Lia Vainer. **Entre o “encardido”, o “branco” e o “branquíssimo”:** raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana. Tese de Doutorado – USP. São Paulo, 2012.

SILVA, Tomaz Tadeu. **A poética e a política do currículo como representação.** Trabalho apresentado no GT Currículo - 21a Reunião Anual da ANPEd, 1998.

SILVA, Fabiola Christovão Inacio da. **Minha cor chega primeiro. Reflexões sobre a experiência de ser uma mulher negra.** Portal Geledés, 2020.

SOUZA, Neusa Santos. **Tornar-se negro: As Vicissitudes da Identidade do Negro Brasileiro em Ascensão Social**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983.

TAVARES, Jeane Saskya C. “**Falando da perda: hoje estou mal, espero que você entenda.**” *Diplomatique*, Edição 156, 2020. Link: <https://diplomatique.org.br/falando-da-perda-hoje-estou-mal-espero-que-voce-entenda/>. Acesso em: 01 mar. 2021.

TEIXEIRA, M. C. **Alteridade & identidade em para entender o negro no brasil de hoje, de Kabengele Munanga e Nilma Lino Gomes**. Minas Gerais: Revista de Ciências do Estado, v. 2, n. 2, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/revce/article/view/5055>. Acesso: 18 dez. 2020.

TESSER, Charles Dalcanale. **Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde**. *Interface (Botucatu)*, v. 10, n. 19, 2006, p. 61-76. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832006000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100005&lng=en&nrm=iso). Acesso: 22 nov. 2020.

TRUTH, Sojourner. **E não sou uma mulher?** Akron, 1851. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/e-nao-sou-uma-mulher-sojourner-truth/>. Acesso: 31 jan. 2021.

VARGA, István van Deursen; SILVA, Hilton P.; ARAUJO, Edna Maria de; LOPES, Fernanda; SOUZAS, Raquel. Um retrato das desigualdades étnico-raciais na saúde. In: **Direitos humanos no brasil 2020: relatório da Rede Social de Justiça e direitos humanos**. 1ª ed. São Paulo, 2020. Disponível em: [https://www.social.org.br/files/pdf/relatorio\\_2020.pdf](https://www.social.org.br/files/pdf/relatorio_2020.pdf). Acesso: 31 jan. 2021.

VEIGA, Ana Maria. **Uma virada epistêmica feminista (negra): conceitos e debates**. Santa Catarina: Revista Tempo e Argumento, vol. 12, núm. 29, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5965/2175180312292020e0101>. Acesso: 1 mar. 2021.

VENCATO, A. P. **A diferença dos outros: discursos sobre diferenças no curso Gênero e Diversidade na Escola da UFSCar**. *Contemporânea*, 2014, p. 211-229. Disponível em: <http://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/199>. Acesso: 23 jan. 2021.

WEEL, Chris van. **Person-centred medicine in the context of primary care: a view from the World Organization of Family Doctors (Wonca)**. *J Eval Clin Pract*. 2011, 17(2):337-8.

WERNECK, Jurema. **A vulnerabilidade das mulheres negras**. Porto Alegre: Jornal da Rede Saúde, n. 23, 2001, p. 53-58. Disponível em: [https://www.antroposmoderno.com/antroposmoderno/articulo.php?id\\_articulo=309](https://www.antroposmoderno.com/antroposmoderno/articulo.php?id_articulo=309). Acesso: 22 jan. 2021.

\_\_\_\_\_. **Racismo institucional e saúde da população negra**. São Paulo: Saúde soc., v. 25, n. 3, 2016, p. 535-549. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-129020162610>. Acesso: 23 jan. 2021.

WERNECK, Jurema; MENDONÇA, Maisa; WHITE, Evelyn C. **O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe**. Rio de Janeiro: Pallas : Criola ; [San Francisco, Calif.] : Global Exchange, 2000.

ZAMBONI, Marcio. **Marcadores Sociais da Diferença**. Sociologia: grandes temas do conhecimento (Especial Desigualdades), São Paulo, v. 1, p. 14 - 18, 01 ago. 2014.

ZANELLO, Valeska. **Saúde Mental, gênero e dispositivos**: Cultura e processos de subjetivação. Curitiba: Appris, 2018.