



CARTILHA VOLTADA PARA  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE

# MULHERES NEGRAS, ACESSO À SAÚDE E RACISMO

Realização:



**DEFENSORIA PÚBLICA**  
DO ESTADO DE SÃO PAULO

**EDEPE** Escola  
da Defensoria Pública  
do Estado de São Paulo

 Núcleo Especializado de  
Defesa da Diversidade  
e da Igualdade Racial

 Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos  
Direitos das Mulheres

Contribuições:



**CRESS-SP** conselho regional de  
serviço social de  
são paulo  
9ª prestação

**INSTITUTO**  
**AMMA**  
PSIQUE E NEGRITUDE

# Sumário

Apresentação	3
Como o racismo repercute na saúde das mulheres negras	4
Efeitos do racismo sobre a saúde da população negra	6
O que é Racismo Institucional?	8
Como a Violência Doméstica impacta a saúde das mulheres negras?	9
Como a Violência Obstétrica impacta a vida das mulheres negras?	10
A Saúde das mulheres negras lésbicas, trans e bissexuais	13
Como colaborar no enfrentamento das Desigualdades e Injustiças Relacionadas à origem Étnico-Racial no âmbito da Saúde	17
Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	17
“O quesito raça/cor”	20
Você sabe quais são as doenças prevalentes em mulheres negras?	21
Profissionais de saúde: humanização, ética e o protagonismo da paciente	22
Participação Social	23
Como identificar e denunciar casos de racismo e injúria racial?	24
Práticas tradicionais em saúde	26
A Saúde da população quilombola	27
O “Bem viver”	28
Conclusão	29
Para se aprofundar: referências utilizadas	31
Realização	35

“Constitui objetivo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: a promoção da saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnicas e o combate à discriminação nas instituições e serviços do SUS (...)” – (art. 8º, I – Estatuto da Igualdade Racial)

## Apresentação

O compromisso do Estado, da sociedade, das/os profissionais e instituições de saúde com a garantia do direito à saúde a todas e todos tem exigido um olhar mais atento às desigualdades presentes nas condições de vida das populações e seus impactos na saúde dos indivíduos e coletividades.

Observa-se que, historicamente, as mulheres negras sofrem com os efeitos combinados de diversos sistemas de opressão, sendo discriminadas em razão do gênero, da classe e da raça/etnia. Essa realidade as situa na base da pirâmide social.

Para que as mulheres negras possam acessar e usufruir dos serviços de saúde em condições igualitárias, é preciso que o Estado e suas/seus agentes considerem a realidade das mulheres negras e suas demandas específicas, o que implica tomar o racismo, o sexismo e a exploração de classe como barreiras que dificultam ou impedem o acesso pleno à saúde.

Essa cartilha foi produzida com o objetivo de compartilhar informações que possam contribuir com a prática de profissionais de saúde, a fim de que exerçam seu papel em conformidade com estândares dos Direitos Humanos, garantindo acesso pleno à saúde para as mulheres negras. Então, que tal refletirmos juntas e juntos para apoiar práticas profissionais que colaborem para o enfrentamento de invisibilidades e disparidades no acesso à saúde das mulheres negras?

### Ótima leitura!

1ª Edição: Novembro de 2020



**Para refletir:** *Você já pensou que determinada questão de saúde poderia estar relacionada com o fato da/o usuária/o ser negra/o? Você disse isso à pessoa? Considerar esta possibilidade fez alguma diferença no seu tratamento ou planejamento de cuidado?*

## Como o racismo repercute na saúde das mulheres negras

### A Raça interfere nas condições de saúde?

O conceito de saúde, tal como proposto pela Organização Mundial da Saúde e adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), compreende um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades.

Embora a busca por uma vida saudável demande também uma iniciativa individual, é certo que todas/os sofreremos a influência de determinantes e condicionantes sociais relacionados aos modos de vida e ao acesso aos direitos sociais fundamentais, tais como: alimentação, habitação, trabalho, saneamento básico, lazer, entre outros; os quais afetam diretamente o bem estar social.

“Inegavelmente o processo sanidade/enfermidade é multifatorial e complexo, nele estão entrelaçados influências do meio ambiente físico, social, político e cultural, todas em interação com as condições biológicas de cada ser humano”. (Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.)

O que vemos cotidianamente é que, mesmo que a saúde esteja prevista enquanto direito universal e integral no Brasil, setores da sociedade, historicamente marginalizados, ainda encontram dificuldades para exercer plenamente este direito. Assim, o atravessamento das desigualdades interfere direta e indiretamente nas possibilidades de acesso aos serviços e cuidados em saúde. É nesse sentido que o racismo e o sexismo, enquanto

opressões estruturais de nossa sociedade agem sobre as vidas das mulheres negras produzindo impacto negativo nas suas condições de saúde.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (art. 196, Constituição Federal 1988).

As consequências do racismo colocam a população negra-pardos/as e pretas/os- encabeçando os piores dados estatísticos em relação ao acesso ao esgotamento básico e à distribuição de renda, fatos que impedem e/ou restringem que esta população possa exercer o direito à saúde em seu sentido amplo. Segundo a pesquisa Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2019), tanto em relação às inadequações habitacionais como em relação à ausência de saneamento, as proporções registradas são maiores entre pretos e pardos do que entre brancos.



Já em relação à remuneração do trabalho, enquanto 16,4% da população branca estava entre os 10% com maiores rendimentos, apenas 5,0 % da população preta ou parda encontrava-se nessa mesma classe de rendimentos em 2018. Considerando-se a cor ou raça, a proporção de rendimento médio da mulher branca ocupada em relação ao do homem branco

ocupado (76,2%) era menor que essa razão entre mulher e homem de cor preta ou parda (80,1%). O rendimento médio da população ocupada de cor preta ou parda correspondia, em média, a 60,0% daquela de cor branca.

As famílias formadas por mulheres pretas ou pardas sem cônjuge e com filhos/as encontram-se também entre os grupos com piores condições de moradia (28,5%) e proteção social (46,1%). Os dados mostram, portanto, que as mulheres negras estão na base da pirâmide social, demonstrando os impactos das opressões interseccionais.

**Para refletir:** *Qual é o impacto das desigualdades sociais na saúde das mulheres negras?*

---

## Efeitos do racismo sobre a saúde da população negra

**Para refletir:** *Considerar que determinada questão de **saúde mental** pode estar relacionada com o fato da/o usuária/o ser negra/o faz alguma diferença no seu tratamento ou planejamento de cuidado?*

O racismo é uma ideologia pautada na falsa ideia de superioridade branca, que serve de base para práticas discriminatórias sistemáticas que são responsáveis por produzir, ao longo do tempo, desigualdades entre pessoas brancas e negras em todos os campos da vida social. Ou seja, é a tentativa de estigmatizar a diferença com o propósito de justificar vantagens injustas ou abuso de poder, sejam eles de natureza econômica, política, cultural ou psicológica.

O racismo produz diversos estigmas, isto é, marcas sociais, a respeito de negras/os, por exemplo: “homens negros são violentos”, “mulatas são promíscuas” e “mulheres pretas existem para servir”. Esses rótulos negativos

e generalizantes, sobre o conjunto das pessoas negras, acabam alimentando ideias preconcebidas e errôneas acerca de indivíduos que buscam os serviços de saúde. Tais preconceitos desencadeiam práticas discriminatórias, conscientes ou não, que finalmente impactam nas condições de saúde da população negra.

A vivência sistemática do racismo, através de situações constantes de violência e de discriminação, que afetam a autoestima e o acesso a direitos básicos contribuem, também, com a gênese de formas de sofrimento psíquico, tais como quadros de ansiedade, depressão e de retraimento social, assim como podem levar a uma maior ocorrência de suicídios, entre outros efeitos psicossociais deletérios à saúde integral. Essas vivências geram efeitos negativos no processo saúde-doença de pessoas negras.

Por fim, a população negra possui piores indicadores, no que se refere às condições de moradia, trabalho, acesso à educação, ao saneamento básico e à alimentação de qualidade, como consequência da desigualdade entre pessoas brancas e negras e que representam óbices à possibilidade de uma vida saudável, de qualidade e duradoura, para além de dificultar o acesso e a permanência em acompanhamentos de saúde, o que agrava, por sua vez, o risco de adoecimento.



O Sistema Único de Saúde beneficia toda a população através, por exemplo, das ações da vigilância sanitária, proteção do meio ambiente e do ambiente de trabalho e inspeção de alimentos. No entanto, hoje 80% da população negra brasileira depende exclusivamente do SUS para atender todas as suas demandas de saúde (ONU, 2017). Para que não haja desigualdade de oferta entre essas pessoas, é preciso avanço na organização de rede regionalizada e da articulação da saúde com as demais políticas públicas.

## O que é Racismo Institucional?

O racismo institucional diz respeito a situações em que instituições públicas ou privadas tratam certas pessoas ou grupos de forma desigual, inadequada, ineficiente ou desconsideram suas necessidades específicas, em função da noção de raça, cor, etnia ou procedência nacional.

No âmbito da saúde, o racismo institucional pode se apresentar de inúmeras formas, tal como: por consultas muito curtas, pela falta completa de exame físico e pelo não uso ou menor uso de analgesia, entre outros.

Consiste, assim, em uma inadequação na oferta à população negra de cuidados em saúde, nos diversos níveis de atenção, o que viola os princípios da universalidade, integralidade e equidade, que devem nortear o SUS.

Estas práticas, assim descritas, compreendem tanto as relações interpessoais e organizacionais, quanto a formulação e aplicação das políticas públicas de saúde, e têm o efeito de marginalizar a população negra dos cuidados em saúde em seus diversos níveis de atenção, **o que aprofunda ainda mais as desigualdades já existentes, impedindo que a população negra tenha acesso aos cuidados em saúde em igualdade de condições, o que impacta, especialmente, as mulheres negras.**



Assim, a reprodução do racismo no âmbito do sistema de saúde agrava a vivência de insegurança e desamparo já imposta às pessoas negras, reduzindo as chances de se vincularem às equipes de saúde, de aderirem ao projeto terapêutico proposto e de procurarem os serviços de saúde. Tais consequências representam enormes dificuldades haja vista que os quadros de saúde prevalentes nessa população demandam tratamento preventivo e acompanhamento longitudinal.

A Comissão de Determinantes Sociais da Saúde, da Organização Mundial da Saúde conceitua de-

terminantes sociais da saúde como as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. A Comissão reconheceu, em 2005, que o sexismo e racismo são fatores estruturais que produzem iniquidades na saúde.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 demonstra que, dentre os indicadores de cor abordados, pretos e pardos quando comparados à população branca estão entre aqueles que acessaram menos os serviços de saúde, bem como são em minoria entre aqueles que dispõem do acesso à saúde privada.

*Para refletir: Você sabia que 55,8% da população brasileira se autodeclara negra e parda? (IBGE, 2019)*

---

## **Como a Violência Doméstica impacta a saúde das mulheres negras?**

Uma das pautas da luta histórica travada pelas mulheres, no mundo e em nosso país, é a reivindicação pelo direito a uma vida sem violência. E como dissemos, muitos são os fatores que compõem uma vida saudável, sendo a violência um fator deletério à saúde.

O que ocorre é que as mulheres negras, além de serem afetadas pelos efeitos excludentes do racismo, são afetadas pela omissão estatal na promoção de políticas públicas que previnam e reprimam a violência de gênero, motivo pelo qual estão mais vulneráveis às suas nefastas consequências.

Como fruto do entrecruzamento de múltiplas formas de opressões, as mulheres negras sofrem ainda mais as consequências da violência de gênero,

o que inclui, infelizmente, as violências letais. Outros fatores agravantes da violência que podem contribuir para esta realidade são a pobreza, a violência policial - que atinge especialmente a população negra - e a dificuldade de acesso às políticas públicas existentes para mulheres em situação de Violência Doméstica e Familiar.

De acordo com a segunda edição da pesquisa “Visível e Invisível: Vitimização de Mulheres no Brasil”, de 2019, **28,4%** das mulheres que declararam ter sofrido alguma violência nos últimos 12 (doze) meses são pretas, seguidas de **27,5%** de mulheres pardas e 24,7% de mulheres brancas. Por sua vez, o Atlas da Violência 2020 destaca que **68% das mulheres assassinadas no Brasil em 2018 eram negras.**

---

## Como a Violência Obstétrica impacta a vida das mulheres negras?

Muitas mulheres relatam abusos, desrespeito, ofensas e maus-tratos também durante a gestação e na assistência ao parto, pós-parto ou procedimento de abortamento nas instituições, públicas e privadas, de saúde, demonstrando que a Violência Obstétrica é mais uma das formas de violência de gênero; e as mulheres negras a vivenciam em maior frequência e intensidade.

Algumas situações vivenciadas por mulheres negras durante o pré-natal e o parto podem ser exemplificadas a seguir:

- “O médico nem examinou a gestante negra”;
- “No pré-natal, só mandavam emagrecer eu nem sabia o que era eclampsia, quase morri”;
- “Escutei a recepcionista (pré-natal) falar: negra é como coelho, só dá cria”;

- “No parto do meu último filho não me deram anestesia<sup>1</sup>”.

A Pesquisa Nascer no Brasil da Fiocruz (LEAL, 2017) ainda aponta que mulheres pretas e pardas apresentam também:

- Prevalências mais altas de parto pós-termo;
- Menor aplicação de analgesia;
- Pré-natal com menor número de consultas e exames;
- Maior peregrinação para parir;
- Maior violação da garantia do direito da mulher ao acompanhante por ocasião do parto;
- Pior relação com as/os profissionais de saúde nos hospitais-maternidade;
- Menor satisfação com o atendimento recebido nos hospitais-maternidade.



As mulheres negras, quando também são pobres, ou adolescentes, ou quando não têm acesso ao pré-natal, ou quando não têm o direito ao acompanhante respeitado estão mais sujeitas a negligência e omissão de socorro durante a gestação, no trabalho de parto, no pós-parto e em situações de abortamento.

De acordo com pesquisas, as mulheres negras apresentam os piores indicadores de atenção pré-natal e parto, quando comparadas a mulheres brancas, sendo que as mulheres pretas recebem menos analgesia no momento do parto. Além disso, a cada 100 mil mulheres pretas que deram entrada em uma unidade de saúde para ter seus filhos/as entre 2008 e 2017, 22 morreram. O número representa o dobro em relação às gestantes brancas. Assim, **não se pode ignorar o racismo institucional na saúde**, que também se expressa no tempo dispensado para atendimento de

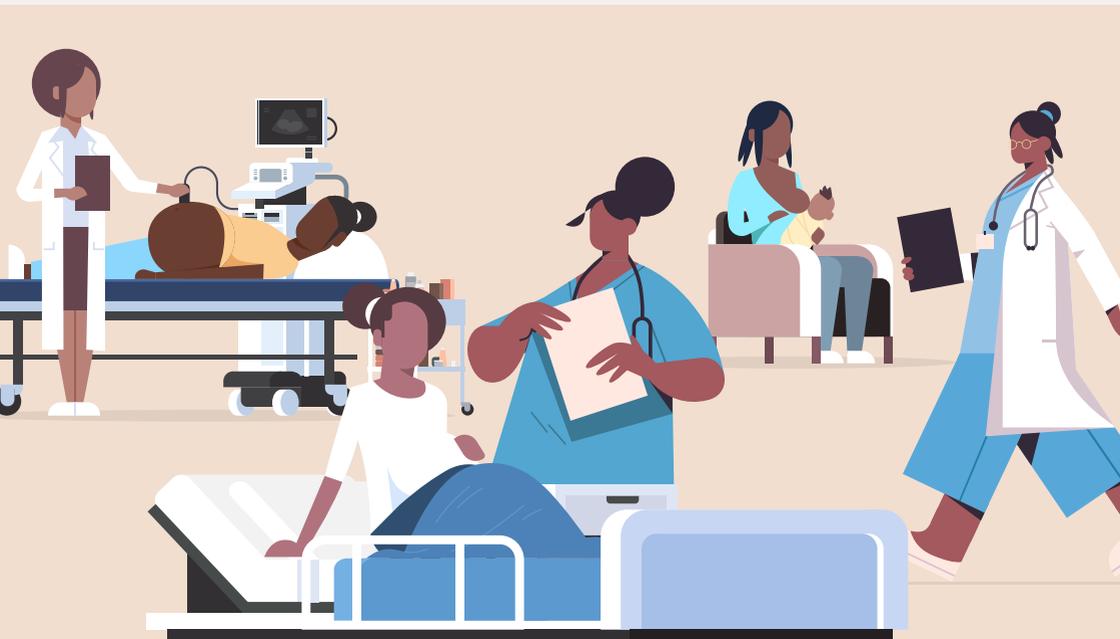
---

1 Segundo Kalckmann et al. (2007, p. 146)

mulheres negras, na qualidade das informações que são prestadas a elas, nas técnicas utilizadas, em tratamentos deficitários e até em maus tratos, dentre outras situações. Sendo assim, **a dimensão racial é fator determinante na produção de subordinação e manipulação de corpos de mulheres negras durante o ciclo gravídico puerperal.**

As pesquisas mostram ainda que profissionais da saúde partem do pressuposto de que as mulheres negras são naturalmente mais fortes e, por isso, poderiam aguentar um parto sem analgesia, por exemplo. Assim as/ os profissionais de saúde, muitas vezes, se baseiam em estereótipos como a crença de que o corpo das mulheres negras é mais apto para o parto e/ou que essas mulheres, provavelmente, são mães solo, logo, não precisam de acompanhante para o parto e pós-parto. Atitudes baseadas nessas construções sociais preconceituosas podem impactar de tal forma as vidas das mulheres negras, a ponto de tornar a gravidez, o parto e o pós-parto uma experiência extremamente sofrida.

Nesse sentido, é importante lembrarmos que o Brasil é signatário de diversos acordos internacionais – que reforçam as nossas legislações internas – que versam sobre os Direitos das Mulheres. Assim, o Estado, através de agentes públicas/os, bem como as instituições privadas de saúde, têm



o dever de colocar tais acordos em prática. Dentre eles, podemos citar a *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher de 1979*, que determina que:

“Os Estados-Partes garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância” (Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, 1979).

---

## **A Saúde das mulheres negras lésbicas, trans e bissexuais**

As mulheres que mantêm relacionamento afetivo-sexual com outras mulheres apresentam necessidades específicas no campo da saúde. Devido ao preconceito social, muitas não se sentem à vontade para informar sua orientação sexual às/aos profissionais da saúde e, ao mesmo tempo, muitas/os profissionais presumem a heterossexualidade dessas mulheres.

Nesse sentido, sabemos que as mulheres negras transexuais, as mulheres negras lésbicas e também as mulheres bissexuais são ativamente discriminadas em nossa sociedade. As mulheres, seja por sua raça, por sua orientação sexual e/ou identidade de gênero são invisibilizadas pela estigmatização, rejeição social e ausência de rede de apoio desde a sua infância e juventude, até sua velhice.

Em relação à orientação sexual, os serviços de saúde, muitas vezes, restringem suas ações à saúde das mulheres de forma heteronormativa, focando exclusivamente na anticoncepção, no cuidado com o ciclo gravídico puerperal, prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e na oferta de exames preventivos de Cânceres de Colo Uterino e Mamografia. Assim,

percebe-se que se pratica uma abordagem focada na saúde reprodutiva das mulheres, em um padrão heteronormativo, onde as necessidades de saúde das mulheres lésbicas ficam na invisibilidade, quando não são praticadas violências, reforçando o preconceito que essas mulheres já sofrem socialmente.

**Assim, o primeiro cuidado necessário é que seja ofertado um espaço acolhedor e seguro para que todas as mulheres possam falar sobre sua sexualidade e suas vivências.**

Muitas vezes, o acesso a exames de saúde voltados para as mulheres (como Papanicolau e Mamografia) é dificultado às mulheres lésbicas. Em decorrência de estigmas/preconceitos, constrói-se a ideia de que mulheres lésbicas não necessitam destes exames.

Práticas apoiadas em crenças errôneas como a de que “sexo entre mulheres não é sexo” levam desde a orientações inapropriadas de prevenção de ISTs até a oferta inadequada de exames, passando pela desconsideração da necessidade de apoio à concepção, adoção e amamentação adotiva por casais de lésbicas, demonstrando as dificuldades de profissionais em lidar com as especificidades que o cuidado de mulheres lésbicas e bissexuais exige.

Outra especificidade dessa população é a questão do aumento das vulnerabilidades devido a uma maior exposição a situações de violência, como estupro “corretivo”, perseguição às companheiras, expulsão de suas famílias e de suas casas, demissão do emprego ou maior dificuldade em conseguir um. Assim, as mulheres negras e lésbicas sofrem ainda mais com o impacto desta intersecção entre raça/etnia e gênero, que promove e potencializa sua exclusão e invisibilidade.

As mulheres bissexuais merecem abordagem específica em relação às suas vivências e especificidades em relação aos cuidados



com sua saúde que, ainda que existam similaridades, não são idênticas a das mulheres lésbicas. Para tanto, indicamos a leitura complementar de materiais específicos, como a cartilha “Mulheres lésbicas e bissexuais – direitos, saúde e participação social”<sup>2</sup>, publicada pelo Ministério da Saúde em 2013, e que apresenta um panorama da conquista de direitos em saúde dessa população e das normativas que regem os atendimentos e acompanhamentos em saúde.

O relatório de Violência Homofóbica no Brasil - ano 2013 - sugere que pessoas negras (pretas e pardas) totalizam a maioria das vítimas de violências motivadas pela discriminação devido à orientação sexual e identidade de gênero.



É preciso lembrar também que as diversas formas de preconceito e discriminação se reforçam mutuamente, ou seja, a LGBTfobia e o racismo não podem ser compreendidos como fenômenos isolados, mas sim de uma mesma matriz de poder que gera a exclusão e, com isso, o adoecimento físico e psíquico de determinadas populações.

No caso das mulheres trans, as práticas discriminatórias envolvem desde o desrespeito ao direito do uso de nome social até barreiras no acesso aos cuidados básicos de saúde, e dificuldades relacionadas à hormonioterapia e às cirurgias de redesignação no SUS, previstos na Portaria nº 2.083/13 do Ministério da Saúde. É fundamental, também, perceber que o impacto na saúde física e mental dessas mulheres têm provocado vulnerabilidades específicas. Isso porque elas são mais afetadas pela violência intrafamiliar e

2 Disponível em:

[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mulheres\\_lesbicas\\_bissexuais\\_direitos\\_saude.pdf?source=post\\_page-----](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mulheres_lesbicas_bissexuais_direitos_saude.pdf?source=post_page-----)

na comunidade em que vivem, também costumam ser vítimas de estupro “corretivos”, abuso físico e emocional, expulsão precoce da escola e assédio no trabalho, além de sofrerem com maior frequência mortes violentas. O Brasil segue no 1º lugar no ranking dos assassinatos de pessoas trans durante últimos 10 anos<sup>3</sup>. Perceber o entrecruzamento de opressões como determinantes sociais da saúde de mulheres negras, lésbicas ou transgênero (que a raça e ser LBT se entrecruzam e se somam para piorar essas condições e atuar nesse sentido,) é papel de toda/o profissional de saúde.

Importante considerar, no entanto, que existem questões bem específicas em relação às mulheres trans que essa cartilha não conseguirá abordar de forma completa. É preciso aprofundar, por exemplo, em questões relacionadas ao processo transsexualizador do SUS, assim, destacamos a importância da leitura de outros materiais.



De forma geral, visando atender as demandas específicas de saúde da população LGBT foi instituída a Política Nacional de Saúde LGBT, pela Portaria nº 2.836/2011 do Ministério da Saúde, que tem como objetivo assegurar a saúde integral das pessoas que compõem a comunidade LGBT, bem como a redução das desigualdades se baseando nos princípios do SUS.

A Política Nacional de Saúde LGBT tem, entre seus objetivos específicos, garantir maior equidade no SUS, por meio de mecanismos de gestão que levem em conta demandas e necessidades específicas de saúde da população LGBT, considerando também variáveis como raça, cor, etnia e outras; aumentar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde

---

3 Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transsexuais brasileiras em 2019 / Bruna G. Benevides, Sayonara Naider Bonfim Nogueira (Orgs). – São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE, 2020 p 08. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2020/01/dossic3aa-dos-assassinatos-e-da-violc3aancia-contra-pessoas-trans-em-2019.pdf> Último acesso em 30/07/2020

do SUS, assegurando o atendimento respeitoso e de qualidade; qualificar a rede de serviços do SUS (para a atenção) e (qualificar também) a informação em saúde, gerando dados com os recortes étnico-racial e territorial da população LGBT.

---

## **Como colaborar no enfrentamento das Desigualdades e Injustiças Relacionadas à origem Étnico-Racial no âmbito da Saúde**

O Brasil é o país que praticou a escravidão por mais tempo (cerca de 300 anos), além de ter sido o último a aboli-la, apenas no ano de 1.888. É também o país que praticou a escravidão em maior escala (cerca de cinco milhões de africanas/os foram capturados/as e traficados/as para nosso país para serem escravizados/as nos latifúndios monocultores). Como resultado, temos a maior população negra fora do continente africano e a segunda maior do mundo, atrás apenas da Nigéria.

Com a abolição da escravatura as pessoas negras passaram a ter, do ponto de vista legal, a sua humanidade finalmente reconhecida, e alcançaram o status de cidadãos titulares de direitos e deveres.

Porém, a conquista legal não foi suficiente para romper com as barreiras estruturais que continuaram a desfavorecer a população negra no acesso a bens, direitos e serviços públicos. Isso se deve à omissão sistemática do Estado brasileiro no que diz respeito à promoção de políticas, programas e legislações antidiscriminatórias focalizadas na superação das diversas escalas de violações de direitos a que a população negra está sujeita.

# Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

A instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PN-SIPN), por meio da Portaria GM/MS número 992/2009, resulta do reconhecimento dessa negligência estatal histórica no âmbito do sistema de saúde, que desconsidera os obstáculos cotidianos que incidem negativamente nos indicadores de saúde dessa população – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência - e busca a superação desse quadro através de mecanismos de promoção da saúde integral da população negra e do enfrentamento ao racismo institucional no SUS.

“A saúde constitui um direito social básico para as condições de cidadania da população brasileira. Um país somente pode ser denominado “desenvolvido” se suas/seus cidadãs/ãos forem saudáveis, o que depende tanto da organização e do funcionamento do sistema de saúde quanto das condições gerais de vida associadas ao modelo de desenvolvimento vigente”  
– Ministério da Saúde, 2008.

A inauguração da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PN-SIPN), em 2009, bem como da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 2004, expressam demandas da sociedade organizada por ações de promoção em saúde deslocadas dos referenciais da saúde da população branca e masculina e são, portanto, consequência das lutas históricas por um cuidado em saúde mais atento às especi-



ficidades das mulheres e da população negra, representando conquistas de suma importância para o Brasil.

Dentre os objetivos específicos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra pode-se destacar a inclusão do tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos/as trabalhadores/as da saúde e no exercício do controle social.

Com isso, houve o reconhecimento de que racismo e sexismo são indicadores sociais de saúde e de que a garantia da atenção integral à saúde das mulheres negras passa por considerar o caráter heterogêneo desse grupo, a partir de fatores diversos como orientação sexual e identidade de gênero.

O enfrentamento das iniquidades<sup>4</sup> em saúde e do racismo institucional envolve uma política de saúde universal que atenda a integralidade das demandas, que leve em conta a diversidade da população atendida, e que conte com profissionais de saúde comprometidos com a oferta de um serviço público, gratuito, integral e de qualidade.

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

§ 1º O acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde (SUS) para promoção, proteção e recuperação da saúde da população negra será de responsabilidade dos

---

4 Segundo Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde as iniquidades em saúde podem ser entendidas como desigualdades em saúde entre grupos populacionais, que além de sistemática e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias. Paho. Disponível em: < [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=58-as-causas-sociais-das-iniquidades-em-saude-no-brasil-8&category\\_slug=atencao-primaria-em-saude-944&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=58-as-causas-sociais-das-iniquidades-em-saude-no-brasil-8&category_slug=atencao-primaria-em-saude-944&Itemid=965)> acesso em 08/06/2020.

órgãos e instituições públicas federais, estaduais, distritais e municipais, da administração direta e indireta.

§ 2º O poder público garantirá que o segmento da população negra vinculado aos seguros privados de saúde seja tratado sem discriminação. (Estatuto da Igualdade Racial. Lei 12.288 DE 2010)

---

## “O quesito raça/cor”

Para a efetivação de uma atenção de qualidade à saúde é essencial a produção de pesquisas comprometidas com a promoção da atenção integral em saúde voltada às mulheres negras, a divulgação de informações de cuidado em saúde, a ampliação e aperfeiçoamento de políticas públicas, além do aprimoramento do atendimento a essas mulheres.

Nesse sentido, a inclusão do quesito raça/cor na política de saúde configura importante ponto de partida a fim de promover políticas públicas que contemplem as necessidades da população negra, de modo a incentivar uma intervenção ativa no combate às desigualdades que afligem esse público. Sendo assim, é fundamental que ao serem acolhidas/os pelas/os profissionais de saúde essa informação conste nos registros das/os pacientes a partir de sua autodeclaração.

“As informações com os dados desagregados por raça/cor são relevantes para atender ao princípio da equidade do SUS, ao reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde das pessoas, oferecendo atendimento aos indivíduos de acordo com suas ne-

cessidades. Nesse sentido, o princípio da equidade norteia as políticas de saúde, reconhecendo as demandas de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto dos determinantes sociais de saúde aos quais estão submetidos.” (Ministério da Saúde, 2015)

**Para refletir:** *Você sabia que a coleta de dados sobre a raça-cor das/os usuárias/os do SUS é uma das formas de combater o racismo institucional?*

## Você sabe quais são as doenças prevalentes em mulheres negras?

Existem aspectos biológicos e orgânicos significativos que contribuem para a prevalência de algumas doenças entre as mulheres negras, entre as quais cabe destacar: anemia falciforme; câncer de colo do útero; câncer de mama; diabetes *mellitus*; doença inflamatória pélvica; hipertensão arterial; lúpus eritematosos sistêmicos; miomas ou fibromas etc.

O documento “Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade” (Sistema das Nações Unidas, 2001, p. 5-6) propôs a divisão das “doenças, agravos e condições mais frequentes na população negra”, classificando-os como:

- a) **Geneticamente determinadas** – anemia falciforme e deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD); ou dependentes de elevada frequência de



genes responsáveis pela doença ou a ela associadas – hipertensão arterial e diabete melito.

- b) **Adquiridas, derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis** – desnutrição, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia ferropriva, IST/AIDS, doenças do trabalho, transtornos mentais resultantes da exposição ao racismo e ainda transtornos derivados do abuso de substâncias psicoativas, como o alcoolismo e a toxicomania<sup>5</sup>.
- c) **De evolução agravada ou de tratamento dificultado** – hipertensão arterial, diabete melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer e mioma.
- d) **Condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas** – crescimento, gravidez, parto e envelhecimento.

O conhecimento dos dados acima auxilia no direcionamento e ajuste de uma atenção em saúde de mais efetividade e qualidade.

---

## Profissionais de saúde: humanização, ética e o protagonismo da paciente

Uma vez que as instituições e políticas de saúde podem servir para a perpetuação de desigualdades de gênero e raciais, **as/os profissionais de saúde devem atentar para não reproduzirem condutas que violem a dignidade e cidadania das mulheres negras.**

Este dever de cuidado por parte das/os profissionais da área da saúde necessita ser realçado em relação às mulheres negras, uma vez que, além das

---

5 CID 10 . F19- “Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de substâncias psicoativas”. Disponível em < [https://www.medicinanet.com.br/cid10/1520/f19\\_transtornos\\_mentais\\_e\\_comportamentais\\_devidos\\_ao\\_uso\\_de\\_multiplas\\_drogas\\_e\\_ao\\_uso\\_de\\_outras\\_substancias\\_psiocoativas.htm](https://www.medicinanet.com.br/cid10/1520/f19_transtornos_mentais_e_comportamentais_devidos_ao_uso_de_multiplas_drogas_e_ao_uso_de_outras_substancias_psiocoativas.htm)>.

relações de poder já existentes na saúde, o racismo e o sexismo, em suas dimensões materiais e simbólicas, impõem a elas maior vulnerabilidade.

É imprescindível que as/os profissionais tenham em mente os princípios e normas que norteiam um **tratamento humanizado**, de modo que **os direitos e autonomia das mulheres negras sejam sempre respeitados**.

Os princípios consolidados do campo da bioética (autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça) constituem parâmetros importantes para as práticas em saúde.

Em especial, o princípio de autonomia exige respeito à esfera de vontade da/o paciente, preservando seu direito-poder de tomar decisões relacionadas ao seu tratamento.

Existem procedimentos destinados a efetivar o princípio da autonomia, dentre os quais o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documento que deriva do dever de informar e de colher autorização para a realização de qualquer procedimento. Este termo deve ser compreendido dentro de um processo que envolva diálogo e a participação ativa da paciente, com a escuta de seus interesses e, eventualmente, de seus familiares, caso não consiga exprimir a própria vontade.

“A humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde”  
(Ministério da Saúde, 2015).

---

## Participação Social

A participação das mulheres negras no processo de controle social da política de saúde é essencial para o alcance de uma política de saúde que reconheça, acolha e atenda suas demandas. Os Conselhos e as Conferências de Saúde – nas três esferas de gestão – são espaços que possibilitam que a população atendida participe dos processos decisórios e propositivos, bem como apresentem seus pontos de vida, vivências e demandas.

Não há saúde plenamente equânime e sem discriminação sem que as mulheres negras integrem todos os espaços da política de saúde, sendo gestoras, profissionais e cidadãs!

**Converse, oriente e estimule a presença de mulheres negras nesses espaços, a fim de que possam expor e ter as suas necessidades respeitadas e atendidas.**

---

## Como identificar e denunciar casos de racismo e injúria racial?

A injúria racial é considerada um crime contra a honra, e consiste na ofensa à dignidade ou decoro de alguém, utilizando-se elementos referentes à raça ou cor.

A pena prevista para o crime de injúria racial varia entre 01 (um) a 03 (três) anos de prisão e multa.

O crime se processa mediante ação penal pública condicionada à representação, ou seja, quem promove a ação é o Ministério Público, desde que a pessoa ofendida, após o registro do Boletim de Ocorrência, confirme formalmente, perante o/a delegado/a de Polícia, o interesse na apuração dos



fatos dentro do prazo de 06 (seis) meses após ter ciência identidade do/a autor/a do crime. Neste caso a ofensa é direcionada a uma única pessoa ofendida.

Já os crimes de racismo estão previstos na Lei nº 7.716/89. Incide neste delito quem pratica, induz ou incita a discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional. Também caracteriza crime de

racismo recusar, negar ou impedir a inscrição ou ingresso de estudante em estabelecimento de ensino público ou privado de qualquer grau; impedir o acesso ou recusar hospedagem em hotel, pensão, estalagem, ou qualquer estabelecimento similar impedir o acesso ou recusar atendimento em restaurantes, bares ou locais semelhantes abertos ao público, com base na raça, cor etnia, religião ou procedência nacional, dentre outras condutas. As penas podem variar de 01 (um) a 05 (cinco) anos. Tais crimes são processados mediante ação penal pública incondicionada, ou seja, é o Ministério Público quem move a ação penal, independentemente da representação da vítima. A Constituição Federal de 1.988 estabelece que os crimes de racismo são inafiançáveis e imprescritíveis.

Tanto o racismo quanto a injúria racial podem ser identificados na observação de condutas cotidianas muitas vezes mascaradas como “piadas”, “brincadeiras” ou falas e ações supostamente bem intencionadas. As condutas racistas mais tipicamente observadas são aquelas de inferiorização, humilhação, comentários ofensivos a respeito da aparência, da capacidade intelectual ou dos valores morais, ofensas verbais, recusa de atendimento e agressões físicas.

A injúria racial e o racismo podem ser denunciados pela própria vítima, que deve se dirigir à Delegacia de Polícia mais próxima para registrar a ocorrência.

Casos de racismo podem ser denunciados também na Ouvidoria Nacional da Igualdade Racial, parte integrante da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial do Ministério da Justiça e Cidadania – SEPPIR/MJC. Cabe à Ouvidoria exercer o seu papel institucional de receber, registrar e acompanhar casos de denúncia de racismo. O Disque Direitos Humanos - Disque 100 é o principal canal de comunicação da Ouvidoria. As denúncias podem ser feitas de forma anônima e/ou sigilosa. O serviço de atendimento telefônico é gratuito e funciona 24 horas por dia, nos 07 dias da semana. Todas as denúncias são analisadas e encaminhadas aos órgãos cabíveis e/ou responsáveis.

Além disso, você também pode buscar orientação na Defensoria Pública, no Ministério Público, na Coordenação de Políticas para a População Negra e Indígena (Secretaria Estadual de Justiça e Defesa da Cidadania) e no Conselho Estadual de Desenvolvimento e Participação da Comunidade Negra.

O racismo é vedado por legislações federais e estadual. Confira:  
Como identificar e denunciar casos de racismo e injúria racial?

- Constituição Federal de 1988: art. 3º, IV; art. 5º, XLI;
- [Lei Federal nº 7.716/1989](#) – prevê crimes de racismo;
- Art. 140, § 3, do Código Penal – prevê o crime de injúria racial;
- Lei Estadual nº 14.187/2010 – prevê penalidades administrativas.

---

## Práticas tradicionais em saúde

As práticas tradicionais em saúde são reconhecidas mundialmente devido seu importante papel na promoção à saúde, bem como na prevenção e tratamento de doenças. Tais práticas resultam do acúmulo de sabedoria popular e de comunidades tradicionais, como as indígenas, os quilombos e as comunidades de terreiros, na forma de teorias, crenças e experiências, cujos benefícios são muitas vezes inexplicáveis segundo a lógica do modelo científico hegemônico. Além disso, se reconhece que, em determi-

nadas situações, a utilização de produtos naturais pode ser mais segura e eficaz em comparação à adoção dos medicamentos processados pela indústria farmacêutica.

Comunidades tradicionais como os quilombos e as comunidades de terreiros são espaços tipicamente caracterizados por laços de solidariedade e de cuidado mútuo para as populações que nelas vivem. Nesses territórios, o uso terapêutico de produtos naturais (entre os quais os fitoterápicos), a manutenção de hortas e de espaços voltados para as práticas de cura contribuem, conjuntamente, para o cuidado em saúde numa perspectiva integral.

Dentre as práticas tradicionais em saúde, cabe destacar a figura das parteiras tradicionais, entre as quais as quilombolas, que prestam assistência ao parto e que gozam de reconhecimento pela comunidade, bem como pelo Ministério da Saúde, que preconiza o respeito às especificidades étnicas e culturais. As parteiras tradicionais atuam, calcadas nos saberes e práticas tradicionais, favorecendo o parto humanizado, com a promoção da autonomia da parturiente e os laços de solidariedade feminina no momento do nascimento.

Enquanto política instituída, existe, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos que representam instrumentos necessários na valorização dos conhecimentos tradicionais.

---

## **A Saúde da população quilombola**

Precisamos lembrar que existe, entre a população negra do Brasil, um importante grupo, que por condições estruturais tem vulnerabilidade acentuada, que é o das comunidades quilombolas. Essas comunidades são encontradas, em sua maioria, em áreas rurais do país e foram originalmente

povoadas por descendentes de negras e negros escravizadas/os. São marcadas por dificuldades de acesso a diversos serviços, como os de educação e saúde, pela dependência do território enquanto elemento essencial para o seu desenvolvimento e pela condição histórica de exclusão.

Suas condições específicas de vulnerabilidade em saúde ocorrem em função de oportunidades dificultadas e diminuídas de acesso, e questões importantes de precariedade de saneamento básico e de nutrição. Dadas essas condições, está sujeita a uma maior prevalência de doenças de veiculação hídrica, como infecções dos tratos digestivo e intestinal. As condições socioeconômicas das famílias quilombolas agravam indicadores de nutrição infantil, e a sustentabilidade alimentar é agravada também por questões relacionadas ao território, como perda de terras para cultivo, enchentes e condições climáticas desfavoráveis.

Enquanto política de inclusão, levando em conta as especificidades da população quilombola, foi instituída pelo Ministério da Saúde a Portaria nº 1.434/04, pautando a ampliação de equipes de estratégia da saúde em comunidades quilombolas.

Ainda com o objetivo de apoiar a promoção de saúde dessas comunidades foi garantido pelo Ministério da Saúde um acréscimo de 50% dos valores repassados para equipes de saúde de municípios que atendem essa população, através da Portaria nº 822/06. As políticas de saúde devem ser pensadas e geridas levando-se em consideração a dinâmica cultural e territorial das populações quilombolas, de acordo com suas tradições, a fim de garantir a prestação de serviços de qualidade que contribuam para a efetiva melhora de suas condições de saúde.

---

## O “Bem viver”

No livro “Saúde das Mulheres Negras – Nossos Passos Vem de Longe”, Ju-remá Werneck relata sobre a necessidade da busca do equilíbrio dinâmico com a vida e seus elementos, seres vivos e mortos, humanos, animais,

plantas e minerais. Busca que se traduz na responsabilidade individual e coletiva, necessitando desenvolver aspectos da vida, abordando conteúdos sobre as doenças e desequilíbrios que nos afetam, mas acionam ao mesmo tempo, a capacidade de agir e transformar.

Em 2015, a Marcha das Mulheres Negras apresentou como tema de luta o conceito do “Bem Viver”, o qual compreende que negras/os e indígenas devem ocupar a centralidade na construção do país, recuperando saberes e fazeres de mulheres negras como ação transformadora e potente para atingir o pleno desenvolvimento humano, de toda a sociedade. É romper com o machismo, elitismo, patriarcado, sexismo, classismo, LGBTfobia e com o racismo estrutural e institucional que alicerçam as relações e os acessos, que inferiorizam, que submetem, que violentam e que matam. As Mulheres Negras reivindicam, alicerçadas na ancestralidade, um outro modo de vida, que seja composto por dignidade, pela soberania dos direitos, por condições materiais aceitáveis, pela educação, lazer e bem-estar, formulando novos padrões de existência e dialogando com o conceito africano de Ubuntu: “Sou porque nós somos”!



## Conclusão

Que bom que nos acompanhou até aqui! Agora sabendo que vivemos em um contexto em que pouco se fala de tudo isso, **o que você pode fazer para colocar em prática este conhecimento e contribuir para uma saúde libertária e equânime?**

O primeiro preconceito que precisamos romper é o preconceito de ter preconceito! A subjetividade de todas/os nós foi forjada nas bases do racismo e do machismo estruturais em nossa sociedade. Não reconhecer ou subestimar o papel dessas estruturas de opressão em nossa formação social, institucional e individual-subjetiva é pactuar com a sua naturalização e com o silenciamento e objetificação de mulheres negras.

A fim de evitar a reprodução dessas violências ao atender uma usuária negra é preciso repensar o método de abordagem e dispensar novos olhares visando o acolhimento integral da sua demanda de saúde.

Nesse sentido, você pode/nós podemos também:

- Falar sobre racismo e especificidades do atendimento da população negra nas reuniões de equipe e de Rede;
- Colocar o tema no planejamento anual de atividades;
- Convidar pessoas que trabalham/estudam com o tema, ou coletivas/os que atuam na área, para capacitações e sensibilizações das equipes de saúde e demais usuárias/os do serviço;
- Não desconsiderar ou negligenciar a pertença étnico-racial da/o paciente no atendimento;
- Ter cuidado dobrado na montagem dos projetos terapêuticos;
- Lembrar (e estimular) colegas e equipe que o quesito raça/cor é informação importantíssima a ser coletada no acolhimento. Não se furtar a perguntar como a pessoa se identifica segundo os critérios do IBGE;
- Acolher no serviço homens e mulheres negras tendo em mente as limitações de cunho social e econômico e buscar minimizar estes determinantes ao longo da oferta do serviço;
- Incentivar a participação das mulheres negras nos espaços de controle social para que suas reivindicações sejam ouvidas; e muito mais.



# Para se aprofundar: referências utilizadas

BEAUCHAMP, T.L. & CHILDRESS, J.F. Princípios de Ética Biomédica. (4 ed.) São Paulo: Edições Loyola, 2002.

BENEVIDES, B.G. e NOGUEIRA, S. N. B. Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2019. São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE, 2020

BRASIL. Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto no 89.460, de 20 de março de 1984. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/D4377.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4377.htm)>. Acesso em: 06 de setembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília : 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

COSTA, Ana Maria. Promoção da equidade em saúde para a população negra. Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, v.13, n.2, 100-106, jul. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v13n2/v13n2a01.pdf>> Acesso em: 25 de junho de 2019.

FIOCRUZ. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2º ed. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>> Acesso em: 25 de junho de 2019.

FÓRUM DE BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil. março de 2017. Disponível em: <<http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2017/03/relatorio-pesquisa-vs4.pdf>> Acesso em: 26 de junho de 2019.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil. 2º edição. Disponível em: <<http://www.iff.fiocruz.br/pdf/relatorio-pesquisa-2019-v6.pdf>> Acesso em: 26 de junho de 2019.

GONZALEZ, Amelia. 'Bem Viver', o conceito que imagina outros mundos possíveis, já se espalha pelas nações. Geledés. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/bem-viver-o-conceito-que-imagina-outros-mundos-possiveis-ja-se-espalha-pelas-nacoes/>> .

- IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>> Acesso em: 09 de setembro de 2019.
- IBGE. PNAD Contínua: Características Gerais dos Domicílios e dos Moradores 2018. Disponível em: <[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101654\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101654_informativo.pdf)> Acesso em 20 de outubro de 2019.
- IBGE. Síntese de Indicadores Sociais. 2018. Disponível em: < <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>> Acesso em 25 de outubro de 2019.
- INSTITUTO DE PESQUISA E ECONOMIA APLICADA (IPEA). Atlas da violência 2019. Disponível em: <[https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio\\_institucional/190605\\_atlas\\_da\\_violencia\\_2019.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/190605_atlas_da_violencia_2019.pdf)> Acesso em: 26 de junho de 2019.
- KALCKMANN, Suzana et al. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 16, n. 2, 2007. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902007000200014](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200014)> Acesso em 27 de setembro de 2019.
- LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, e00078816, 2017. Available from < [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017001305004&script=sci\\_abstract&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017001305004&script=sci_abstract&lng=pt) >. Acesso em
- LOPES, Fernanda. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1595-1601, set-out, 2005. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2005.v21n5/1595-1601/pt> > Acesso em: 25 de junho de 2019.
- LÓPEZ, Laura Cecília. O conceito do racismo institucional: aplicações no campo da saúde. Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 16, n. 40, p.121-134, jan-mar. 2012. Disponível em: < <https://www.scielosp.org/pdf/icse/2012.v16n40/121-134>> Acesso em: 25 de junho de 2019.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de gestão para a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, 2018. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_gestao\\_implementacao\\_politica\\_nacional.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestao_implementacao_politica_nacional.pdf)> Acesso em: 25 de junho de 2019.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, 2017. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra\\_3d.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf)> Acesso em: 25 de junho de 2019.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. 2004. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)> Acesso em: 28 de junho de 2019.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Mais Saúde Direitos de Todos. Diretrizes Estratégicas. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/diretrizes.php>>. Acesso em: 19 de setembro de 2019.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em: 21 de outubro de 2019
- OLIVEIRA, Fátima. Saúde da População Negra. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0081\\_saude\\_popnegra.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0081_saude_popnegra.pdf)> Acesso em: 25 de junho de 2019.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Negros tem maior incidência de problemas de saúde evitáveis no Brasil, alerta ONU. Disponível em:< <https://brasil.un.org/pt-br/79061-negros-tem-maior-incidencia-de-problemas-de-saude-evitaveis-no-brasil-alerta-onu>> Acesso em: 26 de junho de 2019.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Mulheres e Saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. 2011. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=1372-mulheres-e-saude-evidencias-hoje-agenda-amanha-2&category\\_slug=saude-da-mulher-267&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1372-mulheres-e-saude-evidencias-hoje-agenda-amanha-2&category_slug=saude-da-mulher-267&Itemid=965)> Acesso em: 27 de junho de 2019.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Suíça, 2014. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf;jsessionid=2D04779F3EEC9380AA6BE73CE1C89FC3?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=2D04779F3EEC9380AA6BE73CE1C89FC3?sequence=3)>. Acesso em: 03 de setembro de 2019.
- PRAZERES, R.S.; MARQUES, H.R.; RIBEIRO, B.O. A fenomenologia dos direitos humanos e a cidadania negra no Brasil pós-abolição: Ideologias raciais nas políticas públicas contemporâneas. In: Revista de Cultura Teológica. v. 20. n. 78. Abr/Jun, 2012.
- PREFEITURA DE SÃO PAULO. Boletim CEInfo Análise do quesito raça/cor a partir do sistema de informação da saúde do SUS. São Paulo, 2011. Acesso em: 1 de agosto de 2019.
- PRESTES, Clelia Rosane dos Santos; Estratégias de Promoção de Saúde das Mulheres negras: interseccionalidade e bem viver; orientadora Vera Paiva/ Co-orientadora Cristen Ane Smith; 2018; 206 p.
- SECRETARIA DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE SOCIAL. Racismo como determinante social de saúde. Disponível: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/igualdade-racial/racismo-como-determinante-social-de-saude>> Acesso em: 06 de setembro de 2019.
- SOMÉ, Sobonfu; O espírito da intimidade: ensinamentos ancestrais africanos sobre relacionamentos; 2 ed. – São Paulo: Odysseus Editora, 2007.

- SOUZAS, Raquel. A saúde da população negra: uma questão de direito e equidade. Revista Educação Popular, Uberlândia, n.4, p.94-102, jan-dez. 2015. Disponível em: < file:///C:/Documents%20and%20Settings/44334138870/Meus%20documentos/Downloads/19919-Texto%20do%20artigo-75399-1-10-20071130.pdf> Acesso em: 25 de junho de 2019.
- WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da mulher negra. Revista Sociedade e Saúde, São Paulo, v.25, n.3, jul-set. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00535.pdf>> Acesso em: 25 de junho de 2019.
- WERNECK, Jurema; O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vem de longe; organização Jurema Werneck, Maisa Mendonça, Evelyn C. White; Rio de Janeiro: Pallas: Criola, 2000.
- WERNECK, Jurema; Mulheres Negras em primeira pessoa/ Org. Jurema Werneck, Nilza Iraci, Simone Cruz – Porto Alegre: Redes Editora, 2012.

# Realização

## Defensoria Pública do Estado de São Paulo

Núcleo Especializado de Defesa da Diversidade  
e da Igualdade Racial - **NUDDIR**

Rua Teixeira da Silva, 217, CEP 04002-030 - Paraíso, São Paulo - SP  
E-mail: [nuddir@defensoria.sp.def.br](mailto:nuddir@defensoria.sp.def.br)

Núcleo Especializado de Promoção e Defesa  
dos Direitos das Mulheres - **NUDEM**

Rua Boa Vista, 150, CEP 01014-000 - Centro, São Paulo - SP  
E-mail: [nucleo.mulheres@defensoria.sp.def.br](mailto:nucleo.mulheres@defensoria.sp.def.br)

## Contribuições:

**AO-USP** – Associação de Alunas e Egressas do Curso  
de Obstetrícia da Universidade de São Paulo

Site: <https://www.aousp.com.br/>

## COLETIVO NEGREX

Messenger: [m.me/coletivonegrex](https://m.me/coletivonegrex)

Site: <https://pt-br.facebook.com/coletivonegrex/>

## CRESS - Conselho Regional de Serviço Social

Rua Conselheiro Nébias, 1022, CEP 01203-002 - Campos Elíseos, São  
Paulo/SP

Telefone: (11) 3351-7500

E-mail: [comunicacao@cress-sp.org.br](mailto:comunicacao@cress-sp.org.br)

Site: <http://cress-sp.org.br/institucional/o-cress-sp/>

## EDUCAFRO

Rua Riachuelo, 342, CEP 01007-000 - Sé, São Paulo/SP

Telefone: (11) 3106-2790

E-mail: [site@educafro.org.br](mailto:site@educafro.org.br)

## ESPAÇO SANKOFA - SABERES COMPARTIHADOS

Telefone/Whatsapp: (35) 99180-3748

E-mail: [sankofaalfenas@gmail.com](mailto:sankofaalfenas@gmail.com)

<http://www.facebook.com/sankofaalfenasmg>

Instagram: @danirosa.sankofa

## INSTITUTO AMMA PSIQUE E NEGRITUDE

Av. Dr. Arnaldo, 2083 - Sumaré, São Paulo - SP, 01254-000

Telefone: (11) 3865-9305

E-mail: [contato@ammapsique.org.br](mailto:contato@ammapsique.org.br)

Site: <http://www.ammapsique.org.br>



