



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

BIANCA SANTOS DOS SANTOS

**MULHERES NEGRAS E O PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NO PROTOCOLO
DA ATENÇÃO BÁSICA: SAÚDE DAS MULHERES**

**SALVADOR - BAHIA
2025**

BIANCA SANTOS DOS SANTOS

**MULHERES NEGRAS E O PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NO PROTOCOLO
DA ATENÇÃO BÁSICA: SAÚDE DAS MULHERES**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao componente curricular Trabalho de Conclusão de Curso II do Curso de Enfermagem, do Departamento Ciências da Vida I, da Universidade do Estado da Bahia, como requisito parcial para aprovação no componente como requisito parcial da avaliação do componente.

Orientadora: Prof. Dra. Suiane Costa Ferreira

SALVADOR – BA

2025

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pelo SISB/UNEB.
Dados fornecidos pelo próprio autor.

S237m	Santos, Bianca
	MULHERES NEGRAS E O PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NO PROTOCOLO DA ATENÇÃO BÁSICA: SAÚDE DAS MULHERES / Bianca Santos. Orientador(a): Suiane Ferreira. Ferreira. Salvador, 2025. 46 p. TCC (Graduação - Enfermagem). Universidade do Estado da Bahia. Salvador. 2025.
	Contém referências, anexos e apêndices.
	1.Planejamento reprodutivo. 2.Análise documental. 3.População negra. I. Ferreira,Suiane. II. Universidade do Estado da Bahia. Salvador. III. Título.
	CDD: 577

Agradecimentos

A realização deste trabalho foi possível graças a muitas mãos, vozes, saberes e afetos que caminharam comigo ao longo dessa trajetória.

Agradeço primeiramente à minha tia Célia, a quem dedico esta graduação. Nada do que construí até aqui teria sido possível sem sua presença firme, seu acolhimento incondicional e sua fé nos meus sonhos. Foi ela quem nunca soltou a minha mão, mesmo nos momentos mais difíceis, me sustentando com amor, coragem e generosidade. Esta conquista é nossa.

À minha mãe, Sueli, por ter me ensinado, com coragem e silêncio, as marcas do cuidado e da resistência. Sua história de luta e os desafios enfrentados com relação à própria saúde foi o que impulsionou este trabalho.

Agradeço às mulheres da minha comunidade, especialmente às mulheres negras que me atravessaram com suas histórias, dores e potências. Foi ao lado delas que compreendi que o cuidado em saúde vai além da técnica, ele é território, escuta, ancestralidade e luta.

Ao Coletivo Afrocentrar Saúde, minha eterna gratidão por ter me proporcionado um espaço de aprendizado e acolhimento a partir de uma perspectiva étnico-racial crítica e afrocentrada. Os encontros e debates naquele espaço foram fundamentais para ampliar minha compreensão sobre o cuidado em saúde das populações negras e suas especificidades.

À minha orientadora e professora, Suiane Ferreira, por ter me guiado com sensibilidade, firmeza e generosidade ao longo deste processo. Sua trajetória como mulher preta intelectual, sua escuta atenta e seu compromisso com a formação antirracista foram fundamentais não apenas para este trabalho, mas para minha formação como futura profissional de saúde. Obrigada por acreditar na potência deste tema e por me ensinar que pesquisa também é um ato de afeto e reparação.

À Universidade do Estado da Bahia (UNEB), por me possibilitar acesso à formação pública, gratuita e crítica, mesmo em meio aos muitos desafios enfrentados pelos estudantes da periferia.

Agradeço ainda às minhas amigas Gabriela, Júlia e Larissa, irmãs de caminhada, que me escutaram, revisaram textos, acolheram meus cansaços e vibraram com minhas pequenas conquistas.

Este trabalho é dedicado a todas as mulheres negras, especialmente aquelas que não tiveram ou não têm acesso à saúde com dignidade, informação e respeito. Que nossa existência siga sendo memória, presente e futuro. E que nossa voz ecoe nos protocolos, nas práticas e nos currículos de formação em saúde.

Axé e gratidão.

Resumo

Este trabalho tem como objetivo analisar o Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres enquanto instrumento norteador para oferta do cuidado em saúde das mulheres negras no planejamento reprodutivo. Trata-se de uma pesquisa de análise documental. A análise preliminar do documento buscou compreender o contexto de quando foi escrito. Após essa análise inicial, a interpretação dos dados levantados foi feita considerando-se os princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, além de artigos científicos e documentos técnicos. Os resultados demonstram que o protocolo ignora condições prevalentes na população negra, como a doença falciforme, e falha ao oferecer orientações específicas sobre métodos contraceptivos seguros para esse grupo. Evidencia-se ainda omissões quanto à educação em saúde, à infertilidade e aos efeitos adversos dos contraceptivos hormonais. Mulheres negras enfrentam maiores taxas de gravidez não planejada, fome e acesso precário aos serviços de saúde, mesmo em regiões majoritariamente negras, como Salvador e a Bahia, e todas as questões fisiológicas e sociais precisam ser consideradas em um documento norteador do cuidado em saúde. Embora o protocolo dialogue com diretrizes nacionais e políticas públicas, e também declare compromisso com grupos historicamente excluídos, sua abordagem ainda é centrada em uma mulher universal, branca, desconsiderando as especificidades das mulheres negras.

Palavras-chave: Mulher negra; Planejamento reprodutivo; Protocolo da Atenção Básica.

Lista de siglas

APS – Atenção Primária à Saúde

CAB – Cadernos de Atenção Básica

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

COFINS – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

DIU – Dispositivo Intrauterino

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PAB – Protocolos da Atenção Básica

PIS – Programa de Integração Social

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PROADI-SUS – Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS

SUS – Sistema Único de Saúde

UNEB – Universidade do Estado da Bahia

USF – Unidades de Saúde da Família

Sumário

1. INTRODUÇÃO	8
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1 Racismo na saúde e a Mulher negra	14
3. METODOLOGIA.....	20
4. ANÁLISE DOCUMENTAL.....	21
4.1 Resultados.....	21
4.2 Discussão	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	39

1. INTRODUÇÃO

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, o governo brasileiro busca estratégias para estabelecer a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora da rede de assistência em todo o território nacional, assegurando aos cidadãos ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção, a proteção contra e a prevenção de agravos, além de diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (Costa; Guerra; Leite, 2022). E de modo geral, a APS é considerada um componente chave do sistema de saúde devido às melhorias dos indicadores, melhorias na hierarquização e organização do fluxo de atendimento nos serviços nas redes de saúde, melhores propostas de atendimento às doenças crônicas, o foco no cuidado e nas práticas preventivas e sua vertente de diminuição das iniquidades e de ampliação do acesso aos serviços (Harzheim, 2020).

No Brasil, a Atenção Primária é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Há diversas estratégias governamentais relacionadas, sendo uma delas a Estratégia de Saúde da Família, que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família, por exemplo.

Com o objetivo de ampliar a resolutividade das equipes de saúde que atuam na APS, proporcionando aumento do escopo de práticas e apoio ao processo de trabalho a partir da oferta de tecnologias assistenciais e educacionais, vem sendo empregados esforços na produção de diversos materiais técnicos norteadores do processo de trabalho, sejam eles Protocolos da Atenção Básica, Protocolos de Encaminhamento ou Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (Brasil, 2024).

Nesse contexto, os Protocolos da Atenção Básica (PAB) têm enfoque clínico e de gestão do cuidado e servem como subsídio para a qualificada tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde, de acordo com aspectos essenciais à produção do cuidado na APS. Trata-se de um instrumento potente para a implementação de boas práticas e deve funcionar efetivamente como material de consulta no dia a dia dos profissionais de saúde. Deve também ser constantemente avaliado segundo sua realidade de aplicação, com acompanhamento gerencial sistemático e revisões

periódicas, permitindo espaço para criação e renovação dentro do processo de trabalho (Brasil, 2016).

O Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres foi criado em 2016 com o objetivo de consolidar as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que já havia sido instituída em 2004. É um documento importante que foi criado para dar suporte aos profissionais na tomada de decisão no dia a dia da Atenção Básica e garantir que todas as mulheres tivessem acesso a cuidados de qualidade. No documento, aponta-se para a necessidade de fortalecimento

das ações voltadas a mulheres historicamente excluídas das políticas públicas, como forma de garantir legitimidade às suas necessidades e especificidades. Nesse sentido, é necessário garantir acesso aos serviços, respeitando a diversidade cultural, sexual, étnica e religiosa, contribuindo para a construção da autonomia de mulheres com deficiência, lésbicas, bissexuais, transexuais, negras, índias, ciganas, do campo e da floresta, em situação de rua e privadas de liberdade, em todas as fases da vida (Brasil, 2016, p.13).

O protocolo visa também à promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, buscando a redução da morbidade e mortalidade feminina, sobretudo por causas evitáveis, em todas as fases da vida e nos diversos estratos populacionais, sem distinção (Brasil, 2016). Adicionalmente, o protocolo busca fornecer assistência humanizada na atenção integral à saúde da mulher no âmbito do SUS, além de fomentar a implementação de serviços de planejamento reprodutivo destinados a homens e mulheres, adultos e adolescentes, como parte integrante da atenção à saúde. No capítulo do planejamento reprodutivo, este protocolo busca garantir que as mulheres tenham acesso a informações precisas, cuidados adequados e apoio necessário para tomar decisões informadas sobre sua saúde reprodutiva (Brasil, 2016).

A orientação é que apesar de sua abrangência nacional, esse protocolo pode ser adotado na íntegra ou adaptado pelos gestores estaduais e municipais conforme as necessidades e particularidades regionais. Assim, pensando a partir do território soteropolitano e de sua diversidade racial acreditamos ser necessária uma análise detalhada desse protocolo nacional que norteia a prática profissional e o cuidado em saúde.

Segundo o Censo de 2022, a população baiana é composta predominantemente por pessoas autodeclaradas negras, onde 80,8% dos indivíduos

se autodeclararam pretos ou pardos. O percentual é o maior entre os percentuais encontrados para o Brasil (55,9%) e o Nordeste (73,9%). A cidade de Salvador (BA), em números absolutos, é a terceira cidade com a maior população preta do país. Ao todo, 825.509 pessoas se autodeclararam negras (IBGE, 2022).

As mulheres representam a maioria da população no país, com 51,5% do total, estando 52,3% destas em idade fértil. Ao analisar os dados com recorte raça/cor e sexo, observa-se que as mulheres pardas representam o maior grupo populacional. São quase 47 milhões de mulheres pardas, que, somadas às mulheres pretas, totalizam mais de 57 milhões de mulheres negras. Esses dados indicam como as mulheres negras são maioria no Brasil, o que evidencia a necessidade de uma abordagem específica para atender às suas demandas (Ribeiro, 2018).

Ainda pensando no atendimento em saúde, em 2020, a Pesquisa Nacional de Saúde revelou que dentro da maioria populacional que recorre ao Sistema Único de Saúde, 76% dos atendimentos e 81% das internações são realizados pela população negra. Ou seja, a população negra é lida como SUS-dependente. Todos esses números evidenciam a importância de uma abordagem que considere as experiências raciais da população negra, compreendendo que, de modo geral, a saúde vem sempre pautando o cuidado a partir de um sujeito universal do cuidado, que é sempre branco. Neste caso, o mesmo é visto como natural, como a norma, como o modelo paradigmático de aparência e de condição humana (Austin, 2007), universalizando assim as suas particularidades. E, se terapias e protocolos são eficientes para o corpo branco, acabam sendo generalizados e entendidas também como eficientes para os demais grupos populacionais.

Os protocolos devem ter flexibilidade para reconhecer um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e possíveis adequações às distintas realidades do Brasil (Brasil, 2016). Assim, se somos um país negro, essa realidade deveria estar incluída nos protocolos de cuidado à saúde.

É crucial destacar que a saúde das mulheres é uma questão de extrema importância no contexto da saúde pública. Segundo bell hooks (2019), isso se deve ao fato de que, em sua maioria, as mulheres desempenham papéis de liderança em famílias e comunidades, exercendo influência direta sobre as pessoas ao seu redor. Além disso, elas enfrentam diversos desafios relacionados à saúde, como questões de reprodução, cuidados maternos e prevenção de doenças crônicas e agudas. Portanto, é essencial uma abordagem completa e centrada nas particularidades e

vulnerabilidades das mulheres negras para garantir que as políticas e programas de saúde atendam de forma eficaz às suas necessidades (Davis, 2016).

É importante reconhecer que nem todas as mulheres enfrentam as mesmas desigualdades de saúde. Em particular, as mulheres negras enfrentam obstáculos adicionais devido ao racismo estrutural e à discriminação racial presentes no sistema de saúde. Essas disparidades podem resultar em acesso limitado aos cuidados de saúde, diagnósticos tardios, tratamentos inadequados e resultados de saúde mais desfavoráveis (Ribeiro, 2018). Assim, uma abordagem centrada nas experiências raciais da população negra é fundamental para identificar e abordar essas desigualdades, garantindo que as políticas e programas sejam sensíveis às especificidades e necessidades das mulheres negras. Reconhecendo e enfrentando as diferenças na saúde, poderemos promover o acesso equitativo aos cuidados de saúde e um cuidado integral em saúde.

Pensando nesse cuidado integral e equitativo que deveria ser refletido nos módulos, protocolos, manuais e outros documentos que norteiam as práticas profissionais no SUS, passamos a refletir sobre a existência de discrepâncias, especialmente em relação às mulheres negras. Estariam suas especificidades abarcadas no Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres, especificamente no capítulo sobre o planejamento reprodutivo?

Importante lembrar que dentro do planejamento reprodutivo as mulheres negras no Brasil enfrentam desafios significativos, incluindo desigualdades no acesso a serviços de saúde, métodos contraceptivos e informações sobre saúde reprodutiva (Miranda; Nascimento, Lemos Junior, 2023).

A escolha desse tema surgiu a partir da minha experiência pessoal como estudante de enfermagem na Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e moradora de uma comunidade periférica em Salvador, onde convivo com mulheres negras que enfrentam diversas dificuldades para cuidar de sua saúde e de suas famílias. Uma dessas mulheres é a minha mãe, que fez uso de contraceptivos hormonais na adolescência, sem orientação profissional. Ela também participou, ainda aos 17 anos, das pesquisas do médico Elsimar Coutinho sobre implante hormonal após seu primeiro parto enquanto estratégia para evitar nova gravidez. Atualmente, sofre de problemas vasculares graves e foi diagnosticada recentemente com traço falcêmico. Desde os 22 anos, minha mãe enfrenta problemas com varizes e passou por sua primeira cirurgia aos 26 anos. Hoje, sua condição pode agravar seu quadro clínico,

limitando suas opções de tratamento devido ao comprometimento de duas safenas e um episódio de trombose durante uma sessão de escleroterapia.

A partir das conversas com ela e da participação em um curso de extensão sobre Doença Falciforme oferecido pelo Coletivo Afrocentrar Saúde/UNEB, sendo este um espaço de aprendizagem sobre o cuidado em saúde a partir de uma perspectiva étnico-racial africana e afrodiáspórica, percebi uma lacuna de informação e orientação tanto para os profissionais de saúde quanto para as próprias mulheres. Estudos comprovam que mulheres com doença falciforme têm riscos elevados de problemas vasculares. No entanto, as que possuem traço falcêmico também apresentam esse risco, embora em menor percentual. De acordo com Steinberg (2012), as pessoas com traço falcêmico podem predispor a complicações vasculares como microinfartos silenciosos e fenômenos tromboembólicos, principalmente em situações de desidratação ou hipoxemia. Quando se trata de planejamento reprodutivo e riscos de contraceptivos oferecidos para essas mulheres, é crucial considerar que alguns contraceptivos, como pílulas e injetáveis, são compostos por hormônios, o que eleva o risco de problemas vasculares. Portanto, é necessário refletir como esses protocolos negligenciam todas essas questões presentes na vida das mulheres negras.

Essa ausência de um debate racializado e a forte presença de uma visão universalista do que é ser mulher foi algo que me incomodou durante o componente curricular 'Saúde da mulher na atenção básica' na graduação, pois seguimos aprendendo um único modo de cuidar e curar, a partir de um único modelo de mulher. Para Ferreira e Lacerda (2022), a ausência de determinados conhecimentos, saberes e práticas nos processos formativos, ou mesmo a negligência com que são tratados durante a formação em saúde, acarretam sérias falhas no atendimento integral à saúde de todos e, em especial, de populações vulnerabilizadas, a exemplo da população negra. Uma formação em saúde monocultural acaba contribuindo diretamente para formar profissionais que enxergam e reproduzem um único modo de cuidar e curar.

Considerando todo esse contexto descrito, surgiu a seguinte questão norteadora desta pesquisa: Quais são as orientações e práticas de cuidado específicas para a mulher negra citadas no Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres especificamente no planejamento reprodutivo?

Esta pesquisa se propõe a debater sobre o planejamento reprodutivo no protocolo que orienta a prática profissional da atenção básica objetivando promover a melhoria da saúde de todas as pessoas, especialmente daquelas que enfrentam desigualdades sistêmicas, como as mulheres negras no Brasil.

Objetivo Geral:

Analisar o Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres enquanto instrumento norteador para oferta do cuidado em saúde das mulheres negras no planejamento reprodutivo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Racismo na saúde e a Mulher negra

Ao instituir a saúde como direito de todas as pessoas e dever do Estado através da Constituição Federal Brasileira de 1988, o Estado brasileiro assume a responsabilidade de garantir acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, de modo a contemplar, da melhor forma possível, as necessidades e demandas da população (Lopes, 2005). Entretanto, o país não tem assegurado a todos os cidadãos a mesma qualidade de atenção a saúde, seja do ponto de vista regional e/ou étnico-racial.

As diretrizes do SUS reafirmam o compromisso em garantir a saúde das pessoas e das populações a partir da integração de ações e serviços públicos de saúde (Paim; Almeida Filho, 2014). Contudo, o sistema de saúde também é atravessado pelo racismo e pelos desdobramentos das diversas iniquidades raciais-sociais existentes no Brasil, o que acaba gerando interferência no processo de saúde e doença da população negra (Almeida, 2022).

O racismo, enquanto sistema de opressão estruturado a partir da raça/fenótipo, dificulta o acesso à saúde e influencia a qualidade do serviço buscado e no desfecho da saúde. A população negra vem ocupando os piores índices de saúde no país. Dados do Boletim Epidemiológico sobre Saúde da População Negra (2023) apontam que, em 2021, mais de 60% das mortes por Aids foram de pessoas pretas e pardas. Além disso, 67% das gestantes diagnosticadas com HIV eram negras e 70% das crianças com sífilis congênita eram filhas de mães negras. A mortalidade por Covid-19 foi maior entre mulheres negras. A tuberculose atingiu 78 mil pessoas em 2022. Entre os novos casos, 49 mil eram de pardas e pretas, o que representa 63% dos casos. Já a mortalidade materna por hipertensão é crescente entre mulheres pretas. A morte nesses casos aumentou 5%, entre 2010 e 2020. Nesse mesmo período aumentaram os óbitos, as taxas de mortalidade materna e infantil, a prevalência de doenças crônicas e infecciosas e os índices de violência na população negra.

Tais desigualdades são coincidências? Obviamente não. Para Sueli Carneiro (2015) trata-se de reflexos de um sistema hegemônico ocidental que historicamente privilegiou e perpetuou narrativas, práticas e políticas centradas em uma visão

eurocêntrica da saúde para um sujeito universal, colocando sempre a população negra em situação de vulnerabilidade.

Nesse bojo, as mulheres negras têm suas vidas profundamente atravessadas pela determinação do racismo, enfrentando barreiras raciais, estereótipos, discriminações e obstáculos. Dados revelam que as mulheres negras possuem menor expectativa de vida e maior índice de morte por transtornos mentais do que as mulheres brancas. Há também a prevalência e reincidência de miomas uterinos e a realização de altas taxas de histerectomia em mulheres negras, além de taxa elevada de mortalidade materna (Oliveira; Kubiak, 2019).

A 1ª Oficina sobre Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS em 2023 relatou que mulheres negras têm uma taxa de mortalidade materna 60% maior do que mulheres brancas, uma diferença fortemente influenciada pela falta de acesso a serviços primários de saúde de qualidade. A Pesquisa Nacional de Saúde mostrou que, entre 2013 e 2019, as mulheres negras realizaram menos consultas pré-natal em comparação com as mulheres brancas, com uma média inferior às seis consultas recomendadas. A taxa de não realização do exame citopatológico para prevenção do câncer de colo do útero também é maior entre mulheres negras, sendo que 43% delas não realizaram o exame, enquanto a taxa para mulheres brancas foi de 29% (Santos, 2022).

Machado et al. (2022) ressaltam que, entre 2010 e 2019, a taxa de sífilis adquirida aumentou entre mulheres negras, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, onde o acesso ao diagnóstico precoce pode ser mais limitado. As taxas de sífilis gestacional e congênita também são mais altas para mulheres negras. Em 2019, 32% das mulheres negras entre 15 e 29 anos não estavam estudando nem tinham ocupação, em comparação com 13,2% das mulheres brancas, refletindo maior vulnerabilidade econômica e social. Santos (2022) destaca que o acesso a cuidados preventivos é comprometido pela menor escolaridade e condições econômicas mais precárias das mulheres negras, o que impacta diretamente a adesão a esses cuidados. Essas iniquidades são exacerbadas por condições socioeconômicas desfavoráveis e desigualdades estruturais, evidenciando os altos índices de desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde.

O sistema de saúde atravessado pelo racismo resulta em barreiras que impedem o pleno acesso e cuidado da população negra, levando a consequências devastadoras, como sofrimento, peregrinação em busca de assistência à saúde

devido às vulnerabilidades sociais e econômicas, e mortes desproporcionais comparadas a pessoas brancas (Carneiro, 2015).

O racismo na saúde repercute desde a esfera individual à coletiva, por isso é fundamental compreender quais repercussões que esse marcador reverbera no sistema de saúde seja no planejamento e gestão; promoção da saúde; prevenção e vigilância; assistência/reabilitação e de acolhimento; e na educação permanente (Almeida, 2022). Para alcançar uma equidade efetiva em saúde, é crucial desafiar e reformular essas estruturas hegemônicas. Isso inclui a implementação de políticas e ações afirmativas que abordam diretamente as diversidades e garantam um acesso equitativo aos cuidados de saúde.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) surge como uma resposta para enfrentar as desigualdades de saúde que afetam desproporcionalmente a população negra no Brasil. Formalizada em 2006, essa política foi impulsionada pela mobilização de movimentos negros e organizações sociais, que há décadas exigiam o reconhecimento do racismo como determinante social da saúde. Com o objetivo de promover a equidade, a PNSIPN visa reduzir barreiras de acesso aos serviços de saúde, capacitar profissionais para lidar com o racismo estrutural e institucional, e adotar indicadores étnico-raciais nos sistemas de informação em saúde. A política busca não só diminuir as disparidades nos indicadores de saúde, mas também combater o racismo estrutural e promover a equidade para todos os grupos étnico-raciais (Brasil, 2017). No entanto, a falta de integração efetiva dos princípios e diretrizes nas políticas e práticas de saúde continua a perpetuar o ciclo de desigualdade.

Santos et al. (2020) enfatizam a falta de consideração pelas especificidades da população negra, o que resulta significativamente em desfechos de saúde negativos. A ausência de investimento em políticas específicas para enfrentar essas disparidades perpetua o ciclo de desigualdade. Diante desse cenário, é crucial implementar medidas eficazes para combater o racismo, promover a inclusão e garantir o acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade.

Pedrosa (2005) revela que, no Brasil, a saúde da mulher foi primeiramente abordada nas políticas nacionais de saúde com um enfoque restrito nas demandas relacionadas à gravidez e ao parto. Em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) reforçou um olhar para esse público, visando reduzir as desigualdades entre os indivíduos e enfrentar a vulnerabilidade. Em 1988, com o

surgimento do SUS, garantiram-se os direitos e responsabilidades do governo, como moradia, saúde, alimentação e outros. Em 2004, foi implementada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), ampliando o atendimento para além do materno e adotando uma forma de assistência descentralizada e regionalizada.

Em 2011, surgiu a qualificação obstétrica e neonatal denominada Rede Cegonha, com o objetivo de enfrentar a mortalidade materna e infantil, além de qualificar o planejamento reprodutivo, gestação, parto, nascimento e pós-parto, privilegiando o atendimento das mulheres e a integralidade do cuidado à criança. Essas políticas refletiam uma visão limitada da mulher, baseada em sua especificidade biológica e em seu papel social de mãe e dona de casa. No entanto, o movimento feminista brasileiro criticou vigorosamente essa abordagem restrita, destacando a necessidade de considerar questões para além da saúde reprodutiva e expondo as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre homens e mulheres.

Nesse contexto, o feminismo das mulheres negras, como destacado por bell hooks (2014), desempenhou um papel fundamental ao trazer à tona as interseccionalidades entre raça, gênero e classe social na experiência das mulheres, especialmente no que diz respeito à saúde. A marginalização e exclusão enfrentadas pela população negra nos cuidados de saúde são exacerbadas quando consideramos o papel do sexismo no contexto brasileiro. Essa interseccionalidade entre racismo e sexismo não apenas afeta o acesso aos cuidados de saúde, mas também influencia diretamente o tratamento e a qualidade do atendimento recebido pelas mulheres negras.

O cenário se agrava quando observamos que o planejamento reprodutivo inadequado entre as mulheres negras não apenas impacta a saúde física, mas também a saúde emocional e mental dessas mulheres, aumentando suas vulnerabilidades e perpetuando as desigualdades raciais nos cuidados de saúde. Além disso, estudos apontam que as mulheres negras são mais vulneráveis ao aborto no Brasil, situação agravada pela falta de acesso adequado a serviços de saúde reprodutiva, incluindo o direito negado ao aborto legalizado. A pesquisa "Aborto e raça no Brasil, Pesquisa Nacional de Aborto 2016 a 2021" (Diniz et al., 2023) demonstra que as mulheres negras enfrentam maiores desafios nesse acesso em comparação com mulheres de outras raças, o que não apenas limita seus direitos reprodutivos,

mas também contribui para um cenário de maior vulnerabilidade e risco de saúde reprodutiva para essa população.

Essa situação reflete as profundas desigualdades sociais e estruturais enfrentadas pelas mulheres negras no Brasil, colocando-as em situações de maior precariedade e risco, muitas vezes levando-as a recorrer a métodos clandestinos e inseguros, o que aumenta os índices de morbidade e mortalidade materna entre essa população. Portanto, é essencial que políticas e programas de saúde reprodutiva levem em consideração as especificidades e necessidades das mulheres negras, garantindo o acesso equitativo aos serviços de saúde e protegendo seus direitos reprodutivos (Diniz et al., 2023).

A saúde mental das mulheres negras também é uma preocupação crucial, especialmente considerando a maior prevalência de ansiedade e depressão entre elas (Gonçalves et al., 2018). Esses problemas são agravados pela injustiça social, que inclui a falta de recursos financeiros e a insegurança no cotidiano. Como destacado por Gonçalves et al. (2018), a saúde mental é influenciada por uma gama complexa de fatores sociais, econômicos e culturais. Esses fatores se manifestam de maneira singular para as mulheres negras, que enfrentam condições precárias de trabalho, baixa remuneração e dificuldades para custear tratamentos médicos, adquirir medicamentos e até mesmo para frequentar consultas médicas regulares. Como resultado, muitas mulheres negras acabam adiando cuidados preventivos e deixando de seguir tratamentos médicos, aumentando assim o risco de complicações de saúde e afetando diretamente sua saúde mental.

Entre tantas histórias de racismo e violências contra as mulheres negras, destacamos a história de Alyne da Silva Pimentel que, em 2002, buscou atendimento após apresentar fortes dores abdominais no quinto mês de gestação. Apesar dos sinais evidentes de complicações obstétricas, foi negligenciada, não recebeu diagnóstico adequado, foi submetida a longas esperas e transferida tardiamente entre instituições de saúde sem a devida assistência. Sua morte, decorrente de uma hemorragia interna não tratada, simboliza o quanto o racismo, o sexismo e a desigualdade social convergem para a exclusão e a morte de mulheres negras no Brasil (Oliveira, Schirmer, 2012).

Em 2011, o Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher (CEDAW), da Organização das Nações Unidas (ONU), responsabilizou o Estado brasileiro pela morte de Alyne Primitivo, mulher negra, pobre e gestante, vítima de

negligência obstétrica e discriminação institucional. Ainda naquele mesmo ano, foi lançada a Rede Cegonha, política pública voltada à atenção materna e infantil. No entanto, a Rede Cegonha não incorporou de forma efetiva os elementos centrais do caso de Alyne, como as desigualdades raciais, de gênero e classe, e ignorou os determinantes sociais da saúde que contribuíram para sua morte. Apenas em 2024, mais de duas décadas após o ocorrido e treze anos após a responsabilização internacional, o governo federal anunciou a criação da Rede Nacional de Atenção Materna e Infantil Alyne, nomeada em sua homenagem. No entanto, sua formulação tardia, aliada à omissão histórica do Estado, evidencia a lentidão e a negligência institucional frente à violência obstétrica e ao racismo estrutural que seguem impactando a vida de mulheres negras no Brasil. Embora a Rede Alyne se proponha a enfrentar as desigualdades raciais na saúde, sua criação não representa uma reparação imediata e comprometida, mas sim uma resposta simbólica, que chegou tardiamente e sem romper com as estruturas que continuam a matar mulheres como Alyne. A repetição dessa violência deixa evidente que a estrutura do sistema de saúde permanece seletiva e excludente (Rodrigues, 2022)

Portanto, ao discutirmos a saúde da população negra é fundamental considerar as especificidades e complexidades da experiência dessa população. É crucial fundamentar nossa compreensão sobre como o racismo permeia a experiência das mulheres negras no sistema de saúde brasileiro. Essas percepções são essenciais para realçar a urgência de intervenções eficazes que abordem tais disparidades.

As políticas de saúde, embora tenham avançado ao longo dos anos, ainda enfrentam desafios significativos em atender as necessidades específicas da população negra e serem implementadas (Brasil, 2023). Portanto, é crucial considerar não apenas sua situação socioeconômica e as formas de violência que as mulheres negras enfrentam, mas também os diversos papéis que desempenham e os impactos desses papéis no seu cuidado e bem-estar geral.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental que de acordo com Gil (2002) se assemelha à pesquisa bibliográfica, mas requer do pesquisador uma análise mais cuidadosa, visto que os documentos não passaram antes por nenhum tratamento científico. Para tanto, nesta pesquisa, foi analisado o Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres (2016), disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Esse método de recolha e análise de dados é composto por duas fases: na primeira, ocorre a localização da fonte e a seleção dos documentos; na segunda, o tratamento das informações recolhidas e sua análise (Calado; Ferreira, 2004).

Decidiu-se por analisar no protocolo a descrição de cuidados específicos em saúde voltados para as mulheres negras no planejamento reprodutivo. A coleta de dados foi realizada por meio da leitura do Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres (2016), com foco nas diretrizes que abordam o planejamento reprodutivo e as particularidades das mulheres negras.

A análise preliminar do documento buscou compreender o contexto de quando foi escrito. É fundamental analisar o contexto no qual foi produzido o documento, buscando conhecer a conjuntura política, econômica, social e cultural, que levou à sua produção. Cellard (2008) corrobora com essa ideia ao afirmar que

Uma boa compreensão do contexto é, pois, crucial, em todas as etapas de uma pesquisa documental, tanto no momento da elaboração de um problema, da escolha das pistas a seguir para descobrir as principais bases de arquivos, quanto no momento da análise propriamente dita. Esse conhecimento deve também ser global, pois nunca se pode saber de antemão quais são os elementos da vida social que será útil conhecer, quando chegar o momento de formular interpretações e explicações (Cellard, 2008, p. 300).

Após essa análise inicial, a interpretação dos dados levantados foi feita considerando-se os princípios e diretrizes da PNSIPN e do PAISM. Para a discussão dos resultados foram utilizados documentos complementares, como artigos científicos, notas técnicas e outros materiais relevantes, que abordam temas como a saúde da mulher, a interseccionalidade e as condições sociais enfrentadas pela população negra. Por se tratar de uma análise documental de materiais públicos, não foi necessária submissão à apreciação de um comitê de ética em pesquisa na saúde.

4. ANÁLISE DOCUMENTAL

4.1 Resultados

Iniciamos a análise documental do Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres (2016) buscando compreender o contexto de quando o mesmo foi escrito.

O Protocolo foi publicado pelo Ministério da Saúde, no ano de 2016, em parceria com o Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa e o Departamento de Atenção Básica, sendo a primeira edição com 230 páginas e 48.373 exemplares. Encontra-se disponibilizado por meio eletrônico e pode ser acessado, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde.

O *Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres* (2016) é um documento nacional que orienta o cuidado à mulher na atenção básica, alinhado aos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Ele reafirma o compromisso com a implementação de ações que visam à redução da morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, por meio da adoção de boas práticas profissionais, com enfoque não apenas na mulher, mas também na família e na comunidade. O protocolo destaca o fortalecimento das ações dirigidas a mulheres historicamente excluídas das políticas públicas, buscando garantir legitimidade às suas necessidades e especificidades. Entre os temas abordados, contemplam-se o pré-natal, puerpério, aleitamento materno, planejamento reprodutivo, climatério, atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual, além da prevenção e manejo dos cânceres mais prevalentes entre a população feminina (BRASIL, 2016).

Partindo de tais objetivos e pressupostos, o Ministério da Saúde firmou parceria com o Hospital Sírio-Libanês para o desenvolvimento do Protocolo. Em 2009, o hospital foi certificado como Hospital de Excelência pelo Ministério da Saúde e passou a integrar o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), criado no mesmo ano.

O PROADI-SUS é apresentado como uma estratégia de fortalecimento do SUS, baseada em projetos desenvolvidos por hospitais filantrópicos de excelência em parceria com o Ministério da Saúde. No entanto, embora se divulgue que o programa não utiliza diretamente recursos do SUS, trata-se de uma forma indireta de financiamento público, pois os hospitais participantes deixam de recolher tributos federais (como PIS, COFINS e cota patronal do INSS) e aplicam os valores em

projetos próprios, mediante isenção fiscal. Ou seja, são recursos públicos que deixam de ser arrecadados e, portanto, poderiam estar sendo destinados diretamente aos Fundos de Saúde para atender demandas regionais mais amplas (SANTOS, 2021).

Além disso, os hospitais que compõem o PROADI-SUS como o Sírio-Libanês, Albert Einstein, HCor, Moinhos de Vento, Oswaldo Cruz e Pequeno Príncipe estão todos localizados nas regiões Sul e Sudeste, o que reforça uma lógica centralizadora e concentradora de recursos e saberes. Essa centralização favorece uma perspectiva brancocentrada e eurocêntrica da saúde, desconsiderando os contextos e saberes locais, especialmente das regiões Norte e Nordeste e das populações negras, periféricas, indígenas e ribeirinhas.

No caso específico da produção dos Protocolos da Atenção Básica, o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês desenvolveu o processo em parceria com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, ao longo de 2014. Foram realizadas oficinas com profissionais da Atenção Básica, mas não há informações disponíveis sobre o perfil racial, étnico ou regional dessas pessoas envolvidas na construção do documento, o que pode reforçar a invisibilização de perspectivas e experiências diversas no campo da saúde pública.

O Protocolo diverge da PNAISM que se inicia apontando que a política foi realizada tendo por base a participação e a parceria com setores da sociedade, enfatizando a presença do movimento de mulheres e o movimento negro.

As oficinas de trabalho para confecção do protocolo foram orientadas por metodologias ativas de ensino-aprendizagem, com o objetivo de facilitar a emergência dos temas a serem trabalhados na publicação e a criação de formato que pudesse dialogar mais significativamente com a lógica da Atenção Básica (Brasil, 2016). A continuidade do desenvolvimento dos temas se deu nos momentos de dispersão, embasada pela produção prévia do Ministério da Saúde voltada para a Atenção Básica e para a área temática do protocolo. O Protocolo destaca que as referências bibliográficas que serviram de base para sua produção versam sobre práticas e saberes já consolidados no âmbito da Atenção Básica e o conteúdo dos Cadernos de Atenção Básica (CABs) serviu como ponto de partida para sua elaboração. Agregaram-se aos CABs as diretrizes de políticas de saúde, com destaque para a PNAB e a PNAISM, além de manuais, diretrizes, normas e notas técnicas, leis, portarias e outras publicações do Ministério da Saúde. Além disso, foram utilizados

estudos e consensos de bases de dados nacionais e internacionais de reconhecido valor para a Atenção Básica (Brasil, 2016).

É fundamental sabermos que apesar de ser a maior parte da população brasileira, a população negra é pouco estudada na genética e na medicina, o que acarreta em uma falta de conhecimento sobre variantes genéticas e doenças mais comuns nessa população e como consequência uma falta de atendimento de saúde adequado (Lopes et al., 2024). Assim, as literaturas que servem de base para construção dos protocolos podem ser insuficientes para pensar as particularidades da população negra visto que se concentram em resultados, muitas vezes, produzidos a partir do corpo branco.

Após a elaboração do material inicial do Protocolo, foi realizada uma validação interna, que consistiu em um processo de discussão do material por um conjunto de especialistas – profissionais, gestores(as), professores(as) – em saúde da família, medicina de família e comunidade, ginecologia e obstetrícia (mais uma vez não há a descrição sobre a composição do grupo com relação a gênero, região e raça/cor). Nesta etapa promoveu-se a análise técnica dos protocolos a fim de garantir o aprimoramento do material elaborado pela equipe de produção (Brasil, 2016). Também é crucial destacar que os especialistas que avaliaram o Protocolo também são formados a partir de um currículo cheio de influências brancas coloniais imprecisas e negativas sobre a população negra, pois esta é uma realidade quase que unânime nos cursos de formação no Brasil.

Em 2018, Araújo, Tolentino e Silva analisaram os projetos político-pedagógicos dos cursos de graduação em saúde (enfermagem, medicina, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e odontologia) de universidades públicas da Bahia, Sergipe, Alagoas e São Paulo, e observaram que pouquíssimas universidades públicas tiveram seus projetos atualizados após 2009 (ano de implementação da PNSIPN), incluindo nos componentes curriculares a abordagem étnico-racial. No mesmo ano, Silvério também encontrou que nos cursos da saúde em uma universidade federal mineira havia pouca abordagem sobre saúde da população negra. Em 2021, o estudo de Ximenes e Reis revelou que estudantes de psicologia tiveram a saúde da população negra não como o objeto de estudo, mas apenas como um recorte. Souza, Rocha e Nunes (2024) analisaram os cursos de saúde coletiva, enfermagem e medicina de uma universidade pública brasileira e identificaram que a temática da saúde da população negra tem sido trabalhada de forma pontual e descontextualizada, sem

uma reflexão do racismo estrutural, das relações de poder e da formação sócio-histórica brasileira, o que se distancia das diretrizes propostas pela PNSIPN. Desse modo, é preciso supor que a própria formação dos especialistas que avaliaram o Protocolo é ausente ou insuficiente acerca de informações sobre a saúde da população negra e suas especificidades.

As décadas que antecederam a construção do Protocolo foram marcadas por uma crescente organização e mobilização dos movimentos feministas no Brasil. Esses movimentos exerciam pressão sobre o Estado para a criação de políticas públicas mais sensíveis às necessidades específicas das mulheres. Os movimentos sociais, em especial o feminista e o movimento negro, desempenharam papéis centrais na luta por direitos e políticas públicas no Brasil. No entanto, durante muito tempo, o feminismo hegemônico não foi capaz de abarcar as demandas específicas das mulheres negras, invisibilizando suas pautas e experiências.

Werneck (2016) ressalta que as mulheres negras historicamente têm se organizado para garantir a sobrevivência e o bem-estar de suas comunidades, enfrentando o genocídio da juventude negra, o adoecimento de seus parceiros e familiares, além da precariedade do acesso aos serviços de saúde. Muitas vezes, foram elas as únicas a se preocupar com sua própria saúde sexual e reprodutiva, mesmo em meio a tantas outras urgências. Embora o movimento negro tenha avançado em pautas fundamentais, essas tendem a refletir uma perspectiva masculina, relegando as experiências e necessidades das mulheres negras a um segundo plano. Nesse contexto, as especificidades da saúde das mulheres negras não reverberaram de forma significativa na construção de políticas e protocolos, como o da Atenção Básica à Saúde das Mulheres, que ainda carecem de um olhar interseccional e comprometido com a equidade racial.

Como destaca Lima (2010), essas agendas caminhavam em paralelo: o feminismo priorizava a ampliação de políticas de saúde para mulheres em geral, enquanto os movimentos negros reivindicavam a centralidade da equidade racial. Essa dissociação resultou em políticas públicas que não dialogavam com a complexidade das experiências de mulheres negras, indígenas, quilombolas, ribeirinhas e periféricas.

O período anterior à criação do Protocolo também foi marcado por avanços institucionais, como a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e a realização da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres em 2004. Essa

conferência foi um marco ao reunir diversos setores sociais para debater propostas voltadas à equidade de gênero. No entanto, como observa Menicucci (2011), as diretrizes resultantes dessa conferência foram incorporadas de forma setorial, sem articulação consistente entre desigualdades de gênero, raça, classe e território, o que limitou o alcance das políticas.

Embora o Eixo Temático 4 da I Conferência Nacional tenha abordado os direitos sexuais e reprodutivos, as especificidades das mulheres negras e de outros grupos vulnerabilizados não foram plenamente contempladas. A lógica universalista, ainda que tenha promovido avanços, mostrou-se insuficiente diante da complexidade das desigualdades interseccionais. Além disso, a ausência de mecanismos eficazes de monitoramento e avaliação limitou a efetividade das políticas propostas (Menicucci, 2011).

Críticas também foram direcionadas ao foco excessivo na saúde materno-infantil, uma prioridade que acabou restringindo a abordagem mais ampla dos direitos sexuais e reprodutivos. Temas como a descriminalização do aborto e o acesso ampliado a métodos contraceptivos enfrentaram resistência de setores conservadores, levando o governo à adoção de uma postura cautelosa e impactando diretamente a formulação do Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres (Almeida, 2011).

Outras iniciativas relevantes no campo da saúde neste período incluem a criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (2004), o Programa de Combate ao Racismo Institucional (2005) e a PNSIPN (2009), todas no âmbito do Ministério da Saúde. Entretanto, essas ações não dialogaram diretamente com o Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, que não incorporou de forma efetiva as diretrizes voltadas à equidade racial. Essa lacuna evidencia os limites de políticas que falham ao não considerar desigualdades estruturais e interseccionais, sobretudo no que diz respeito ao planejamento reprodutivo (Lima, 2010).

O Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres (2016) está organizado em sete partes: a primeira refere-se à atenção aos problemas/queixas mais comuns em saúde das mulheres. A segunda parte descreve como deve ser a atenção às mulheres no pré-natal de baixo-risco, no puerpério e na promoção do aleitamento materno. A terceira parte aborda o planejamento reprodutivo. A quarta parte trata da prevenção de câncer do colo do útero. A quinta parte faz referência à prevenção do câncer de mama. A sexta parte fala sobre a atenção às mulheres no climatério. A

sétima parte refere-se à atenção às mulheres em situação de violência sexual e/ou doméstica/intrafamiliar.

Embora o Protocolo traga avanços importantes, especialmente ao reconhecer a diversidade das usuárias do SUS, uma análise crítica revela lacunas significativas. Ao longo de suas setes partes temáticas, embora mencione grupos vulnerabilizados, o Protocolo não aborda de forma consistente as questões raciais e as particularidades da mulher negra, que foram historicamente afetadas por práticas como esterilizações forçadas, negligência médica e não acesso à educação em saúde.

No Protocolo a palavra negra aparece descrita 8 vezes ao longo do texto orientador, conforme descrito abaixo:

- INTRODUÇÃO: “é necessário garantir acesso aos serviços, respeitando a diversidade cultural, sexual, étnica e religiosa, contribuindo para a construção da autonomia de mulheres com deficiência, lésbicas, bissexuais, transexuais, negras, índias, ciganas, do campo e da floresta, em situação de rua e privadas de liberdade, em todas as fases da vida” (p.12).
- Parte 2 - ATENÇÃO ÀS MULHERES NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO, PUERPÉRIO E PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO: “deve ser redobrada a atenção no acompanhamento de mulheres negras, indígenas, com baixa escolaridade, com idade inferior a 15 anos e superior a 35 anos, em mulheres que tiveram pelo menos um filho morto em gestação anterior e nas que tiveram mais de três filhos vivos em gestações anteriores” (p.86).
- Parte 2 - ATENÇÃO ÀS MULHERES NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO, PUERPÉRIO E PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO: “As gestantes negras requerem maiores cuidados devido à maior incidência de hipertensão arterial sistêmica, diabetes e morte materna na população negra” (p.115).
- Parte 4- PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: Entre as razões que levam a uma baixa cobertura no rastreamento do câncer de colo do útero encontra-se a dificuldade de acesso e acolhimento enfrentado pelas mulheres, seja pela rigidez na agenda das equipes, que nem sempre está aberta à disponibilidade da mulher, ou ainda por não acolher singularidades. Mulheres com deficiência, lésbicas, bissexuais, transexuais, negras, indígenas, ciganas, mulheres do campo, floresta e águas, em

situação de rua, profissionais do sexo e mulheres privadas de liberdade, todos estes segmentos populacionais específicos demandam adequações para acessar o serviço, já que barreiras arquitetônicas, culturais, ambientais ou atitudinais (resistência, discriminação ou despreparo dos profissionais) podem afastá-las do serviço” (p.173).

- Parte 4- PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: “Sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf” (p.185).
- Parte 5- PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA: “cada localidade deve planejar seus processos de trabalho, incluindo estratégias que podem envolver a flexibilização da agenda das equipes para as ações de rastreamento, a realização de busca ativa nos domicílios e espaços comunitários, e a solicitação de mamografia de rastreamento por parte de médicos e enfermeiros. Essas estratégias se tornam ainda mais relevantes para grupos que historicamente tem mais dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou que apresentam maiores vulnerabilidades e singularidades, como mulheres com deficiência, lésbicas, bissexuais, transexuais, mulheres negras, indígenas, ciganas, mulheres do campo, floresta e águas, em situação de rua, profissionais do sexo e mulheres privadas de liberdade” (p.188).
- FLUXOGRAMA 1 – Atenção às mulheres em situação de violência doméstica e/ou violência sexual: “Vale atentar para as especificidades das seguintes populações: mulheres profissionais do sexo; mulheres lésbicas, transexuais e transgêneras; mulheres negras; crianças, adolescentes e idosas; população feminina em situação de rua; população feminina em privação de liberdade e demais mulheres institucionalizadas; população feminina usuária de substâncias psicoativas; população feminina com deficiência; mulheres do campo, da floresta, de quilombos e de comunidades tradicionais” (p.225).

Nenhuma das 8 citações referentes à mulher negra foi encontrada na seção de Planejamento Reprodutivo, o que, provavelmente, significa que nesse quesito todas as mulheres são vistas do mesmo modo universal pelo Protocolo.

Embora o Protocolo seja um documento importante, apresenta uma abordagem fortemente centrada na dimensão clínica e normativa da saúde, deixando em segundo plano debates essenciais sobre direitos sexuais e reprodutivos, bem como sobre modos diversos de disputa e produção de cuidado. Conforme destacam Prado et al. (2022), a mulher é frequentemente tratada nos protocolos como mãe em potencial, cuidadora ou mediadora do cuidado do parceiro, especialmente em contextos em que sua sorologia é desconhecida, reforçando papéis tradicionais de gênero e limitando sua autonomia plena. As experiências de grupos não normativos, como pessoas trans, mulheres lésbicas, homens que fazem sexo com homens (HSH) e travestis, são incorporadas de forma tardia e superficial, quando não invisibilizadas. Questões como aborto, sexualidade dissidente e os direitos reprodutivos de pessoas trans permanecem ausentes ou marginalizadas no documento.

Além disso, apesar das menções à autonomia e ao empoderamento, tais conceitos aparecem diluídos em discursos que enfatizam a vigilância e o controle dos corpos, sobretudo das mulheres e das pessoas vivendo com HIV. A ausência de uma disputa simbólica mais ampla reforça a naturalização de uma figura abstrata e genérica de mulher cisheterossexual, sem o devido reconhecimento da diversidade sexual e de gênero como campo legítimo de embate político e cultural. Essa visão limitada compromete a efetividade do cuidado oferecido, pois ignora modos plurais de existência, resistência e formas alternativas de fazer saúde, que são essenciais para a promoção da equidade e da justiça social.

4.2 Discussão

É importante lembrar que o Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres (2016) dialoga com os princípios e diretrizes da PNAISM. E que, na PNAISM, consta um capítulo sobre 'Breve diagnóstico da Situação da Saúde da Mulher no Brasil', o qual descreve que a grande maioria de mulheres negras encontra-se abaixo da linha de pobreza e a taxa de analfabetismo é o dobro, quando comparada a das mulheres brancas. Por essas razões, elas possuem menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade. A PNAISM descreve ainda que alguns "problemas de saúde são mais prevalentes em determinados grupos raciais/étnicos e, no caso das mulheres negras, a literatura refere maior frequência de diabetes tipo II, miomas, hipertensão arterial e

doença falciforme”. Isso chama a atenção para o fato de que as mulheres não podem ser vistas como todas iguais, porque existem particularidades e diferenças, seja no âmbito biológico ou social.

Apesar da PNAISM avançar em algumas situações que envolvem relações de gênero e raça e suas produções de desigualdades, Delfino (2019) aponta que ela não desenvolve essas desigualdades e o modo como essas variáveis impactam no aumento das desigualdades. Não há, nesse contexto, uma definição de raça, de classe e pobreza. Outro destaque é que a PNAISM aponta a atenção às mulheres com HIV/AIDS, doenças crônicas não transmissíveis, câncer e outros grupos vulneráveis em suas especificidades, porém, não explicitam a qual grupo isso se aplica, se estão falando da mulher transexual, lésbica, negra, indígena, da profissional do sexo. Não explicita nesse ponto a que tipo de mulher com HIV/AIDS a política visa trazer promoção e proteção à saúde. Essa situação nos parece uma inclusão excluyente, ou seja, assume-se ser necessário a inclusão do debate racial mas efetivamente ele segue sendo tratado de modo superficial e generalizado. E isso se reflete no Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres, que ao dialogar com a política e descrever assumir produzir ações voltadas às mulheres historicamente excluídas das políticas públicas, como forma de garantir legitimidade às suas necessidades e especificidades, não descreve, por exemplo, nenhuma ação específica na seção de Planejamento Reprodutivo para as mulheres negras.

O planejamento reprodutivo está definido pela Constituição Brasileira de 1988 e pela Lei do Planejamento Familiar de 1996. Ele não se limita à oferta de métodos contraceptivos e inclui educação e informação para permitir escolhas informadas sobre saúde sexual e reprodutiva. O objetivo é garantir acesso universal a serviços que respeitem os direitos sexuais e reprodutivos, promovendo a participação de homens e mulheres, e envolvendo adolescentes na prevenção de infecções sexualmente transmitidas e cuidados pré-concepcionais. A abordagem visa combater estigmas e preconceitos, assegurando acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade e respeitando a diversidade de orientação sexual e identidade de gênero. Contudo, a implementação efetiva do planejamento reprodutivo deve levar em conta as vulnerabilidades relacionadas a fatores sociais como classe social, gênero, raça/etnia e nível de escolaridade. Mulheres de classes sociais mais baixas, onde estão muitas das mulheres negras no Brasil, frequentemente enfrentam dificuldades econômicas para acessar métodos contraceptivos, enquanto desigualdades de

gênero podem restringir a autonomia das mulheres sobre sua saúde reprodutiva (Santos; Ferreira, 2023).

No Brasil, a pobreza tem cor. Dados populacionais brasileiros anualmente divulgados sobre miséria, violência contra a mulher, mortes, encarceramento, população em situação de rua e sobre beneficiárias/os de programas relacionados as políticas sociais, mostram a população negra com os maiores índices de desigualdade (Cerqueira et al., 2020).

O fenômeno da feminização da pobreza, entendida como o aumento na diferença de níveis de pobreza entre os domicílios chefiados por mulheres e aqueles chefiados por homens ou casais, também deve ser olhado pelo viés racial. São as mulheres negras as mais atingidas pelo empobrecimento. O crescimento de mulheres chefes de família ocasionou um maior impacto no aumento da pobreza e da exclusão social, porque considerando a maternidade e a necessidade de adentrar o mercado de trabalho, as mulheres acabam por se submeter a situações de subocupações (Ferreira, 2020). Dados apontam que 22% dos lares chefiados por mulheres pretas e pardas enfrentam fome, quase o dobro em relação a lares chefiados por mulheres brancas (Vigisan, 2021).

Além disso, a população negra enfrenta discriminação estrutural que limita o acesso a cuidados de qualidade e mulheres com menor escolaridade têm menos acesso a informações sobre saúde reprodutiva do que as mulheres brancas. Um estudo realizado em oito hospitais universitários no Brasil revelou que 67,5% das mulheres tinham gestações não planejadas, com prevalência variando de 54,8% a 95,3% entre os hospitais, sendo a maior prevalência observada em Manaus (95,3%). Fatores como cor negra, menor renda familiar e ausência de parceiro foram significativamente associados a gestações não planejadas (Nilson et al., 2023). Esses dados destacam como a vulnerabilidade social impacta a capacidade das mulheres negras de planejar suas gestações e acessar cuidados adequados.

Também consideramos importante lembrar que o Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres (2016) foi criado após a PNSIPN (2009), a qual reconhece a necessidade de abordar as questões de saúde que afetam a população negra, incluindo as mulheres negras. Ambos os documentos reconhecem que a saúde de mulheres negras é afetada por fatores relacionados tanto ao gênero quanto à raça, e que a superação de desigualdades exige uma abordagem integrada e interseccional. Contudo, Delfino (2019) aponta que a PNSIPN faz uma abordagem de

gênero, mas não se utiliza de literatura especializada para caracterizar gênero ou raça. A autora sente falta de um debate mais crítico e adensado acerca das relações de gênero e raça no processo de pensar a saúde da mulher negra. É fato que o debate de raça e gênero está posto e não se pode negar que isso é um avanço, porém de forma tímida e sem articulação entre as intersecções, apenas como citação dessas categorias. Então, isso pode ter se refletido no Protocolo.

Em relação ao acesso a métodos contraceptivos, o Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres (2016) estabelece diretrizes para garantir que todas as mulheres possam acessar métodos seguros e eficazes. Contudo, a implementação dessas diretrizes ainda é desigual. Um estudo revelou que apenas 57% das mulheres negras relataram ter acesso a métodos contraceptivos adequados, em comparação com 75% das mulheres brancas. Isso evidencia uma falha na equidade do atendimento, refletida em dados alarmantes, como a pesquisa que mostrou que 67,5% das mulheres tiveram gestações não planejadas, com maior prevalência entre mulheres negras e de menor renda (Nilson et al., 2023).

Goes et al. (2020) descrevem que estudos nacionais sobre a utilização de serviços de saúde sexual e reprodutiva evidenciam que são as mulheres negras aquelas mais expostas a barreiras individuais e institucionais de acesso aos cuidados, desde a iniciativa de procura pelo serviço até o momento do atendimento. Uma das consequências desse tipo de vulnerabilidade é a menor capacidade de exercer o planejamento reprodutivo e evitar gravidezes não desejadas. As mulheres negras têm acesso mais restrito aos métodos contraceptivos e a maior parcela delas utiliza menor amplitude do mix anticoncepcional. O que nos mostra que se faz necessário ter ações voltadas às especificidades das mulheres negras.

Além disso, observa-se a recorrência de políticas de controle da natalidade frequentemente direcionadas às mulheres negras por meio da imposição velada de métodos contraceptivos de permanente e longa duração, uma prática que expressa o racismo institucional e a desumanização histórica dessas mulheres nos serviços de saúde (Carvalho; Püschel, 2024). O Protocolo também não discute o risco de gravidez não planejada relacionado ao uso incorreto de contraceptivos ou à interação com medicamentos, o que afeta especialmente mulheres com menor acesso à informação, como as negras. Ao manter uma abordagem biomédica centrada na contracepção, sem escuta ativa e interseccional, compromete-se o princípio da equidade.

A educação em saúde é um aspecto essencial nesta temática, pois capacita as mulheres a tomarem decisões informadas sobre sua saúde reprodutiva e sexual. No entanto, o Protocolo ignora as particularidades das mulheres negras e em situação de vulnerabilidade. Uma pesquisa do Instituto Brasileiro de Educação e Cultura revelou que apenas 42% das mulheres negras relataram receber informações adequadas sobre saúde sexual, em contraste com 68% das mulheres brancas (IBEC, 2022). Essa disparidade evidencia a necessidade de estratégias educativas que considerem as realidades culturais e sociais dessa população.

Os protocolos em saúde devem trazer em seu bojo as questões inerentes a raça e o racismo, não apenas para atender às exigências da PNAB e fortalecer a APS no Brasil, mas, principalmente, para avançar em direção a um cuidado verdadeiramente integrado, igualitário e equânime, alinhado às demandas históricas por justiça social e saúde para todas as mulheres. No entanto, o Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres (2016), especialmente no que diz respeito ao planejamento reprodutivo, enfrenta desafios significativos.

Altos índices de gravidez não planejada são frequentemente atribuídos à falta de orientação adequada sobre o uso de métodos contraceptivos, à falta de prevenção de ISTs, aos problemas vasculares associados ao uso de contraceptivos e a complicações na gravidez. Esses pontos destacam a necessidade urgente de revisão e aprimoramento do protocolo, garantindo que ele seja mais eficaz na promoção de escolhas informadas e na proteção da saúde reprodutiva das mulheres negras (Rodrigues, 2022).

Ainda sobre o planejamento reprodutivo no Protocolo, esperávamos encontrar diretrizes mais completas e específicas que atendessem de forma equitativa e interseccional às necessidades das mulheres negras. No entanto, percebemos lacunas importantes. Não há qualquer orientação sobre o rastreamento de doenças clínicas ou hereditárias que impactam diretamente a saúde reprodutiva dessa população, como a doença falciforme e o traço falcêmico. Seria esperado que o Protocolo recomendasse o exame de eletroforese de hemácias, fundamental para o diagnóstico da doença falciforme, uma condição que atinge predominantemente a população negra e pode trazer complicações significativas durante a gestação. Mas, o mesmo é citado apenas no pré-natal pois o olhar se volta à gestação, à criança que irá fazer parte dessa sociedade e os custos que poderão causar de forma subliminar. Além disso, orientações sobre aconselhamento genético seriam essenciais para

promover um planejamento gestacional seguro e consciente, garantindo a autonomia reprodutiva e evitando graves consequências como gravidez não planejada e mortalidade materna evitável.

A falta de rastreamento genético e aconselhamento pré-concepcional compromete a autonomia reprodutiva, gerando consequências graves como gravidez não planejada e mortes maternas evitáveis. A PNSIPN prevê a formação de profissionais de saúde para lidar com essas questões, mas essa orientação raramente é aplicada na prática, perpetuando negligências institucionais no cuidado à população negra (BRASIL, 2009).

A distribuição da doença falciforme é bastante heterogênea no Brasil, mas considerando que a doença se manifesta sobretudo na população negra, sua maior presença ocorre nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. Na Bahia, por exemplo, onde a ancestralidade africana tem maior predominância genética, a incidência chega a ser de 1 para 650 em recém-nascidos (Mota et al., 2024).

O Protocolo também não faz recomendações específicas sobre a escolha dos métodos contraceptivos mais apropriados para mulheres com condições clínicas particulares. Seria importante ter orientações sobre a utilização de métodos com progesterona isolada ou DIU de cobre, respeitando as especificidades fisiológicas e os riscos associados a doença falciforme, por exemplo. Contudo, o Protocolo permanece genérico, sem considerar as particularidades de grupos específicos, como mulheres negras.

O Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres foi publicado em 2016, mas é possível identificar estudos científicos em anos anteriores que descreviam as especificidades para o método de contracepção das mulheres com doença falciforme. Por exemplo, o estudo de Zanette (2007) relata que a contracepção das mulheres com doença falciforme deve ocorrer através do uso de progesterona, sendo considerado um método bastante apropriado e seguro, pois não foram descritos efeitos adversos sobre os parâmetros hematológicos, havendo relatos, inclusive, de redução das crises dolorosas em diversos casos durante uso da droga. Em 2015, o Ministério da Saúde lançou o documento "Doença falciforme: atenção integral à saúde das mulheres", que aborda um conjunto abrangente de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde no âmbito do SUS, desde a atenção básica até a alta complexidade, contemplando todo o ciclo de vida dessas pessoas. Esse documento traz a temática "Vivência da sexualidade e planejamento reprodutivo", que reitera o

uso de formulações à base de progesterona, incluindo o DIU de liberação de levonorgestrel, para mulheres com doença falciforme (Brasil, 2015).

Estudos recentes também reafirmam essa indicação. Pedrosa et al. (2024) desenvolveram um estudo observacional realizado com mulheres com doença falciforme em um hospital de referência em Recife e descrevem que após aconselhamento contraceptivo individualizado, a maioria das participantes optou por métodos contendo progesterona isolada, como o injetável de medroxiprogesterona, a pílula oral de progesterona e o DIU de levonorgestrel. Esses métodos são considerados seguros (categoria 1 segundo a OMS e o CDC) para mulheres com doença falciforme, devido ao menor risco de eventos tromboembólicos em comparação aos métodos hormonais combinados, que contêm estrogênio e podem aumentar esse risco nessa população.

Mais recentemente foi aprovado o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Falciforme” por meio da Portaria publicada em novembro de 2024, que contempla, entre outros temas, o item 7.4.3 – Gestação e Contracepção. Como método contraceptivo recomendado pelo SUS, o protocolo indica o uso do acetato de medroxiprogesterona 150 mg, administrado via intramuscular a cada três meses. A preferência pelo uso de progestágenos isolados, em detrimento dos contraceptivos hormonais combinados (estrogênio/progesterona), deve-se ao menor risco de trombose. O DIU de cobre também pode ser indicado, porém com cautela devido à possibilidade de aumento do fluxo menstrual. Além disso, recomenda-se a realização de densitometria óssea antes do início do uso de progestágenos, com repetição do exame a cada dois anos (Brasil, 2024).

As orientações contidas no Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres (2016) partem de orientações generalistas e universais. Apesar de considerar a raça como um ponto a ser considerado na produção do cuidado à saúde da mulher, o documento ainda é estruturado a partir de uma única raça, a branca. Quando o termo mulher negra não foi encontrado na seção de Planejamento Reprodutivo significa que todas as ações estão pensadas para o ser mulher universal, que é sempre branca, pois esta nunca é lida como uma raça, mas como o modelo de humano. Quando assumimos produzir um olhar racializado sobre o Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres (2016) nesta pesquisa, não significa trazer apenas a raça negra pro debate, mas olhar também para o padrão raça branca que permeia a construção do documento. Para Lia Vainer Schucman (Carta Capital, 2015), os estudos sobre raça

normalmente olham para o negro ou para o indígena, como se eles fossem o outro e o branco não tivesse raça. Então a ideia é olhar para o branco e entender quais são as características dessa identidade racial. Branco é raça e não podemos esquecer disso na construção de políticas e protocolos em saúde.

Por isso, é preciso considerar que tudo o que se produz no campo biomédico, de modo aparentemente desracializado, na verdade é racializado, na medida em que se direciona para a população branca, tomada como universal, ou “população em geral”, como é mais recorrentemente referida na área da saúde (Muniz, 2021). Como no capítulo dedicado ao planejamento reprodutivo não há menção à população negra, tampouco ao impacto do racismo estrutural e institucional sobre o acesso, a escolha informada e a qualidade do cuidado, podemos entender que essa ausência revela a persistência de um modelo universalista e hegemônico que ignora marcadores sociais como raça e classe, desconsiderando as especificidades históricas, sociais e biomédicas que atravessam a experiência reprodutiva da população negra.

Embora o Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres (2016) seja um documento nacional fundamental, sua abordagem predominantemente clínica e padronizada não reflete adequadamente os determinantes sociais da saúde, como o racismo estrutural, as desigualdades regionais e as especificidades culturais e socioeconômicas das diversas populações brasileiras. Embora o protocolo deixe em aberto a possibilidade de adaptações regionais, na prática, não se observa uma movimentação efetiva nas esferas governamentais para implementar essas adaptações, o que reforça a predominância de um modelo universalista e pouco sensível às diversidades locais. É essencial que estados, municípios, universidades e centros de pesquisa tenham autonomia e incentivo para construir e aplicar estratégias e protocolos complementares, que considerem as múltiplas territorialidades e vulnerabilidades específicas da população, especialmente das mulheres negras. Dessa forma, a atenção à saúde poderia ser efetivamente interseccional e territorializada, contribuindo para o combate às desigualdades e para um cuidado mais justo e qualificado no âmbito do SUS.

Considerando ainda que a comunidade negra é a que menos recebe informações de educação em saúde, acreditamos que o Protocolo deveria focar em mais orientações para as mulheres negras para que o momento do encontro terapêutico fosse mais potente. Durante a análise, não encontramos orientações sobre os efeitos adversos comuns de contraceptivos hormonais (como ganho de peso,

aparecimento de frieiras, alterações no humor), nem sobre o impacto do uso concomitante de medicamentos que reduzem a eficácia desses métodos.

Segundo Silva, Simões e Silva (2024), diversos antimicrobianos e medicamentos de outras classes terapêuticas podem reduzir a eficácia dos contraceptivos hormonais, sobretudo os orais, por mecanismos como a indução enzimática a exemplo da rifampicina ou pela alteração da microbiota intestinal, comprometendo a recirculação dos hormônios. Essas interações são mais críticas em contraceptivos orais com dosagens hormonais reduzidas, mas também podem afetar, ainda que em menor escala, contraceptivos injetáveis. Esses aspectos são fundamentais para garantir a escolha informada do método, algo que deveria ser garantido, mas muitas vezes é negligenciado, especialmente quando profissionais indicam métodos de longa duração e com altas dosagens hormonais sem promover o devido diálogo com a usuária. Lembrando que as mulheres negras no geral tem menos acesso à educação formal e educação em saúde do que as mulheres brancas.

Identificamos ainda uma lacuna no Protocolo referente ao debate sobre mecanismos de acolhimento e encaminhamento para mulheres negras com dificuldades para engravidar, uma vez que esse grupo enfrenta barreiras históricas e institucionais no acesso a tratamentos de fertilidade. O protocolo, no entanto, silencia sobre esse tema, naturalizando a ausência de apoio e a desigualdade no acesso reprodutivo.

Estudos indicam que a maioria dos diagnósticos de endometriose ocorre entre mulheres brancas e com maior nível educacional. Isso não significa que mulheres negras tenham menor probabilidade de desenvolver a doença, mas sugere que enfrentam obstáculos adicionais no acesso aos métodos diagnósticos necessários, o que pode acarretar atraso no tratamento e prejuízos à saúde reprodutiva dessas mulheres (Andrade et al., 2023). Além disso, a literatura destaca que os miomas uterinos, especialmente os submucosos, estão associados à infertilidade, embora essa relação ainda não esteja totalmente esclarecida. Mulheres negras apresentam prevalência significativamente maior desses tumores, numa proporção estimada de 9 para 1 em relação às mulheres brancas, o que pode impactar negativamente sua saúde reprodutiva. Apesar da miomectomia e outros tratamentos cirúrgicos mostrarem melhora na fertilidade em alguns casos, as disparidades raciais no diagnóstico e no acesso aos tratamentos evidenciam barreiras históricas que agravam as dificuldades reprodutivas enfrentadas por esse grupo (Silva et al., 2005). Assumimos que é preciso

racializar o Protocolo e o cuidado produzido, o que significa olhar para as especificidades de todas as raças/etnias, ao invés de universalizar as especificidades da raça branca como se fosse universal. Sim, sabemos que existem muitos cuidados que servem para todas as mulheres, mas e aqueles que deveriam ser diferenciados, onde estão?

Como parte deste estudo, foi realizada uma checagem documental referente às políticas de saúde sexual e reprodutiva no estado da Bahia e no município de Salvador, uma das regiões com a maior proporção de população negra do país, segundo dados do IBGE. Observou-se que, apesar de algumas iniciativas recentes, como a publicação de orientações voltadas à Atenção Primária, ainda prevalece uma abordagem generalista e pouco sensível às especificidades étnico-raciais, culturais e socioeconômicas da população baiana. Esses achados reforçam a importância de incorporar uma perspectiva interseccional e territorializada nos protocolos em saúde, de forma a garantir uma atenção mais equitativa e eficaz à saúde das mulheres negras e demais grupos vulnerabilizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar o Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (2016) com relação ao planejamento reprodutivo, sob uma perspectiva crítica e racializada, foi possível notar que esse documento apesar de apontar avanços normativos e programáticos, ainda se pauta em uma sujeita universal do cuidado, que é a mulher branca, cisgênero e heterossexual apresentando assim lacunas significativas para o cuidado da mulher negra.

O planejamento reprodutivo não pode ser pensado exclusivamente como a escolha de um método contraceptivo, pois deve abranger uma análise ampla das dimensões sociais, históricas, culturais e econômicas que moldam a vida das mulheres. O impacto do racismo estrutural sobre as mulheres negras remonta à Lei do Ventre Livre, que, apesar de libertar os filhos de escravizadas, perpetuou desigualdades profundas e instaurou novas formas de controle e opressão. Esses legados racistas, eugênicos e capitalistas continuam a influenciar as condições de vida e saúde dessa população, refletindo-se nas políticas públicas atuais e na oferta dos cuidados em saúde.

Embora o protocolo mencione diferentes métodos, ele não contempla adequadamente vulnerabilidades específicas. A abordagem, embora atualizada em termos de oferta de métodos contraceptivos e ampliação da autonomia reprodutiva, não contempla de forma suficiente a dimensão educativa, subjetiva e emancipatória do planejamento sexual e reprodutivo.

O documento adota uma perspectiva predominantemente clínica e biológica, sem considerar os direitos sexuais, a vivência afetiva e o prazer como dimensões centrais da saúde sexual e reprodutiva. Ao limitar-se ao termo "planejamento reprodutivo", o protocolo reduz a mulher à sua função de reprodução, ignorando aspectos fundamentais da autonomia sobre o próprio corpo.

Além disso, a ausência de referências a condições específicas como a prevalência de doenças crônicas e o acompanhamento necessário para doenças como a doença falciforme e outras hemoglobinopatias, que afetam desproporcionalmente as mulheres negras, compromete a efetividade e o alcance do protocolo. Também não há menção a documentos e políticas públicas que poderiam orientar esse cuidado específico.

Embora reconheça a diversidade das mulheres usuárias do SUS, incluindo breves menções às mulheres negras, o Protocolo não apresenta orientações específicas ou estratégias direcionadas às particularidades clínicas, raciais, sociais e históricas dessa população, especialmente no que tange ao planejamento reprodutivo. Essa ausência evidencia uma abordagem universalista que não incorpora a perspectiva racial de forma efetiva, comprometendo a equidade no acesso e na qualidade do cuidado ofertado. Diante disso, conclui-se que o Protocolo carece de um olhar racializado e que considere a dimensão sexual de forma consistente para atender adequadamente às necessidades das mulheres negras no planejamento reprodutivo. Essa lacuna reforça a urgência de sua revisão e aprimoramento, para que incorpore a interseccionalidade entre raça, gênero, classe e sexualidade, garantindo um cuidado mais justo, eficaz e sensível às especificidades dessa população.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Guilherme Mateus dos Santos Damasceno. **Contribuições contemporâneas na literatura científica para análise da saúde da população negra na atenção básica**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal da Bahia, 2022.

ANDRADE, I. K. A. de; UTIDA, B. de M.; TAVARES, C. A. S.; ROSA, G. P. C. da; ASSIS, M. M.; RODRIGUES, P. C. R.; MORAIS, R. S. F.; WCHOA, R. B. de A.; SANTOS, R. M.; BRITO, V. F. de. **Os impactos da endometriose na qualidade de vida e fertilidade**. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 5, n. 5, p. 2302–2315, 2023. Disponível em: <https://bjhs.emnuvens.com.br/bjhs/article/view/794>. Acesso em: 02 jun. 2025.

AUSTIN, H. et al. **Sickle-cell trait and the risk of venous thromboembolism among African-Americans**. *Blood*, v. 110, n. 3, p. 908–912, 2007. DOI: 10.1182/blood-2006-11-057604. Disponível em: <https://doi.org/10.1182/blood-2006-11-057604>. Acesso em: 03 mar. 2024.

AZEVEDO, C. S.; MIRANDA, L.; SÁ, M. C.; GRABOIS, V.; MATTA, G.; CUNHA, M. **Entre protocolos e sujeitos: qualidade do cuidado hospitalar em um serviço de hematologia**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 6, e00043817, 2018. DOI: 10.1590/0102-331X0004381. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/article/view/00043817>. Acesso em: 25 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção básica. Brasília, 2021**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2023>. Acesso em: 28 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde; INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 26 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é Atenção Primária?** Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/o-que-e-atencao-primaria/o-que-e>. Acesso em: 28 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012**. 110 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/>. Acesso em: 28 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 26 jan. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Doença falciforme: atenção integral à saúde das**

mulheres / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 28 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da saúde. **PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 16, DE 01 DE NOVEMBRO DE 2024**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Falciforme.

CALADO, S. S.; FERREIRA, S. C. R. **Análise de documentos: método de recolha e análise de dados**. 2004. Disponível em: <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/mi1/analisedocumentos.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2025.

CARNEIRO, Sueli. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2015.

CARTA CAPITAL. **“O branco não precisa responder pela sua raça.”** *Carta Capital*, 2015. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/educacao/o-branco-nao-precisa-responder-pela-sua-raca/>. Acesso em: 3 nov. 2024.

CARVALHO, B. N.; PÜSCHEL, F. P. **Controle reprodutivo e populacional no oferecimento de contraceptivos de longa duração pelo SUS: uma análise à luz da noção de justiça reprodutiva**. *Revista Feminismos*, Salvador, v. 12, n. 1, 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/59792/35801>. Acesso em: 22 fev. 2025.

CELLARD, A. **A Análise Documental**. In: **POUPART, J. et al. (Orgs.) A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 295 - 316.

CERQUEIRA, Daniel et al. **Atlas da Violência 2020. Brasil: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**, 2020. Disponível em: [ipea - Atlas da Violencia v.2.8 - Atlas da Violência 2020](https://ipea-brasil.org.br/atlases/atlas-da-violencia-2020/). Acesso em 02 maio 2024.

CONASS. **1ª Oficina sobre Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS**, 2023. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2024/01/Relatorio_oficina_morte_materna-1.pdf. Acesso em: 02 maio 2024.

COSTA, Ana Paula Brandão; GUERRA, Maximiliano Ribeiro; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. **Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais médicos**. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 44, p. 1–11, 2022. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3085](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3085). Acesso em: 05 nov. 2024.

DAVIS, Angela. **Mulheres, Raça e Classe**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DELFINO, Cristiane Cordeiro da Silva. **Atenção integral à saúde da mulher: um olhar sobre processo interseccional de gênero e raça**. 2019. 124 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) — Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFF-2_62f95c6311a6a6a2264a541c1aae03f4. Acesso em: 01 abr. 2024.

DINIZ, Debora et al. **Aborto e raça no Brasil, Pesquisa Nacional de Aborto 2016 a 2021**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, 2023, p. 3085-3092. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/51212/Disparidades%20raciais%20uma%20análise%20da%20violência%20obstétrica%20em%20mulheres%20negras.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 05 maio 2024.

FERREIRA, Suiane Costa; LACERDA, Roberto dos Santos. **Saúde da população negra: práticas e reflexões contra-hegemônicas**. *Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva*, v. 3, e16159, 2022. Disponível em: <https://revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/16159>. Acesso em: 03 mar. 2024.

FERREIRA, S. C. **Apartheid digital em tempos de educação remota: atualizações do racismo brasileiro**. *Interfaces Científicas - Educação*, v. 10, n. 1, p. 11–24, 2020. <https://doi.org/10.17564/2316-3828.2020v10n1p11-24>. Acesso em: 29 ago. 2024.

FERNANDA LOPES. **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.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Plageder, 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Editora Atlas, 2002. Disponível em: <http://biblioteca.isctem.ac.mz/bitstream/123456789/734/1/%5BAntonio-Carlos-Gil%5D-Como-elaborar-projetos-de-pes%28z-lib.org%29.pdf>. Acesso em: 28 set. 2024.

GOES, Emanuelle Freitas; ALMEIDA, Priscila Oliveira de; RODRIGUES, Naiara Galvão; SILVA, Maíra de Souza; BONAN, Claudia. **Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 1, e00189618, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189618>. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40251>. Acesso em: abr. 2025.

GONÇALVES, Angela Maria Corrêa et al. **Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 67, n. 2, p. 101-109, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/TrQdtMNct5Dk3VsvjpthXtH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 maio 2024.

HARZHEIM, Erno et al. **Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1361–1374,

abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>. Acesso em: 05 nov. 2024.

HOOKS, Bell. **Feminismo é para Todo Mundo. Tradução de Ana Luiza Borges.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2019.

HOOKS, Bell. **Não Sou Eu uma Mulher: Mulheres Negras e Feminismo.** 1. ed. São Paulo: Rosa dos Tempos, 2014.

HOSPITAIS PROADI-SUS. **PROADI-SUS: Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde.** 2025. Disponível em: <https://hospitais.proadi-sus.org.br/>. Acesso em: 08 maio 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2022: pela primeira vez desde 1991, a maior parte da população do Brasil se declara parda.** Agência IBGE Notícias, 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38719-censo-2022-pela-primeira-vez-desde-1991-a-maior-parte-da-populacao-do-brasil-se-declara-parda#:~:text=Em%202022%2C%20cerca%20de%2092,0%2C4%25>. Acesso em: 28 jan. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2022. Rio de Janeiro: IBGE,** 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 28 jan. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil.** Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/genero/20163-estatisticas-de-genero-indicadores-sociais-das-mulheres-no-brasil.html>. Acesso em: 28 jan. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Quantidade de homens e mulheres.** Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18320-quantidade-de-homens-e-mulheres.html>. Acesso em: 28 jan. 2024.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA); FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Atlas da Violência 2021.** Coordenação: Daniel Cerqueira, Helder Ferreira, Samira Bueno. São Paulo: FBSP, 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes/212/atlas-da-violencia-2021>. Acesso em: 01 jul. 2024.

JUNIOR, Eduardo Brandão Lima et al. **Análise documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa.** *Cadernos da FUCAMP*, v. 20, n. 44, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2356>. Acesso em: 28 set. 2024.

KRAUZER, I. M.; DALL'AGNOLL, C. M.; GELBCKE, F. L.; LORENZINI, E.; FERRAZ, L. A. **A construção de protocolos assistenciais no trabalho em enfermagem.**

Revista Brasileira de Enfermagem, v. 22, e-1087, 2018. DOI: 10.5935/1415-2762.20180017. Disponível em: <https://ufmg.br>. Acesso em: 25 jul. 2024.

LIMA, Kelly Diogo de; PIMENTEL, Camila; LYRA, Tereza Maciel. **Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, 2021, p. 4909-4918. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/51186/2/Disparidades%20raciais%20uma%20análise%20da%20violência%20obstétrica%20em%20mulheres%20negras.pdf>. Acesso em: 05 maio 2024.

LIMA, Márcia. **Desigualdades raciais e políticas públicas: ações afirmativas no governo Lula**. *Novos Estudos Cebrap*, São Paulo, v. 87, p. 77-104, jul. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/nec/a/P7jQbyjZbNLcfvRFFjgCkCp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 maio 2024.

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. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500034>. Acesso em: 07 jul. 2024.

LOPES, C.V.M. et al. **A genética tem cor? um livro para refletir, colorir e aprender**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2024.

MACHADO, M. F.; FRANÇA, B. S. R.; FARIAS, M. L. S. A. de; COSTA, M. I. **Women and the racial issue of syphilis in Brazil: a trend analysis (2010-2019)**. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 1, e51511125202, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i1.25202. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25202>. Acesso em: 29 ago. 2024.

MAYARA GOMES DE SOUZA, A.; BARBOSA DE ANDRADE, F. **Qual o cenário de mortalidade de mulheres em idade reprodutiva no Brasil? O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 44, p. 421-432, 2020. DOI: 10.15343/0104-7809.202044421432. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/977>. Acesso em: 28 jan. 2024.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **A política de saúde no governo Lula**. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 22-32, jun. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000200022>. Acesso em: 01 maio 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt>. Acesso em: 13 maio 2024.

MIRANDA, Maria Lucilia Morais de; NASCIMENTO, Adriana Galvão do; LEMOS JUNIOR, Eloy Pereira. **Mulheres negras e a justiça reprodutiva: direitos sexuais e reprodutivos de forma ampliada justiça social**. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, [S.l.], v. 9, n. 11, p. 211-222, 2023. DOI: 10.51891/rease.v9i11.11951. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/11951>. Acesso em: 04 mar. 2024.

MOTA, Clarice Santos; LIRA, Altair dos Santos; QUEIROZ, Maria Cândida Alencar de; SANTOS, Márcia Pereira Alves dos. **Àgô Sankofa: um olhar sobre a trajetória da doença falciforme no Brasil nos últimos 20 anos.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, p. e06772023, 4 mar. 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MhTqDF5nTYJvVRg6FB7hHPg/>. Acesso em: 16 abr. 2025.

NILSON, T. V.; AMATO, A. A.; RESENDE, C. N.; PRIMO, W. Q. S. P.; NOMURA, R. M. Y.; COSTA, M. L.; et al. **Gravidez não planejada no Brasil: estudo nacional em oito hospitais universitários.** *Revista de Saúde Pública*, v. 57, p. 35, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004449>. Acesso em: 14 ago. 2024.

OLIVEIRA, Aline Albuquerque S. de; SCHIRMER, Júlia Barros. **Caso Alyne Pimentel: uma análise à luz da abordagem baseada em direitos humanos.** *Revista do Instituto Brasileiro de Direitos Humanos*, [S.l.], n. 12, p. 11–22, dez. 2012. Disponível em: <https://milas.x10host.com/ojs/index.php/ibdh/article/view/202/202>. Acesso em: 5 maio 2025.

OLIVEIRA, Kátia de Oliveira; KUBIAK, Vera Cristina de Souza. **Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 939–948, set. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912222>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VL3mkyvXRQbKMZKqVbb5mdd/?lang=pt>. Acesso em: 07 jul. 2024.

PAIM, Jairnilson; ALMEIDA-FILHO, Naomar. **Análise da situação de saúde: o que são necessidades e problemas de saúde?** In: *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 29.

PRADO, Guilherme Augusto Souza; CAETANO, Maria Verônica Almeida; RAMOS, Erika Carla de Sousa; SOUSA, Maria Vitória Rodrigues de. **Direitos Sexuais e Reprodutivos nos Protocolos Profissionais sobre HIV/Aids.** *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1663–1686, 2022. DOI: 10.12957/epp.2022.71771. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revispsi/article/view/71771>. Acesso em: 4 ago. 2025.

PEDROSA, Evelyne Nascimento et al. **Preferências contraceptivas entre mulheres com doença falciforme durante um acompanhamento de 12 meses: um estudo longitudinal.** *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 24, e20230187, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202400000187>. Acesso em: 02 jun. 2025.

PEDROSA, Michele. **Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial.** *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 1, n. 3, p. 72-80, 2005. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/12/888>. Acesso em: 05 maio 2024.

RIBEIRO, Djamila. **Quem Tem Medo do Feminismo Negro?** São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

RODRIGUES, C. C. **Mulheres negras: O paradoxo entre corpos visíveis na morte, mas invisíveis para as políticas públicas de redução da mortalidade materna.** 2022. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2022.

SANTOS, Albênia da Silva; FERREIRA, Maria Cícera dos Santos. **Uma análise crítica do planejamento familiar no âmbito da política pública de saúde na perspectiva de gênero à luz do pensamento crítico**, 2023. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/bitstream/123456789/12965/1/Uma%20análise%20crítica%20do%20planejamento%20familiar%20no%20âmbito%20da%20política%20pública%20de%20saúde%20na%20perspectiva%20de%20gênero%20à%20luz%20do%20pensamento%20crítico.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2024.

SANTOS, Hebert Luan Pereira Campos dos et al. **Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, supl. 2, p. 4211-4224, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25suppl2/4211-4224/pt/>. Acesso em: 05 maio 2024.

SANTOS, Julia Amorim. **Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS): reconfiguração das relações público-privada e avanço da filantropia mercantil no setor da saúde**. 2021. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021. doi:10.11606/T.6.2021.tde-07022022-171929. Acesso em: 2025-08-05.

SANTOS, Marina Ribeiro dos. **Iniquidades raciais no acesso a exames preventivos para câncer de colo do útero no Brasil: uma análise a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (2013-2019).** 2022. 58 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/55365>. Acesso em: 29 ago. 2024.

SANTOS, Sônia Beatriz dos. **Famílias negras, desigualdades, saúde e saneamento básico no Brasil.** *Tempus–Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 2, p. 41-53, 2013. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/tempus/article/view/5051>. Acesso em: 05 maio 2024.

SCHUCMAN, Lia Vainer. **Entre o “encardido”, o “branco” e o “branquíssimo”: raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana.** 2012. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-21052012-154521/publico/schucman_corrigida.pdf. Acesso em: 06 abr. 2024.

SILVA, A. C. da; SIMÕES, D. V. S. de S.; SILVA, J. R. da. **Interação medicamentosa entre antimicrobianos e contraceptivos orais, uma breve revisão.** *Revista Contemporânea*, v. 4, n. 11, p. e6666, 2024. DOI: 10.56083/RCV4N11-132. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/6666>. Acesso em: 2 jun. 2025.

SILVA, A. L. B. da; SEIBEL, S. A.; CAPP, E.; CORLETA, H. V. E. **Miomas e infertilidade: bases fisiopatológicas e implicações terapêuticas.** *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 5, n. 1, p. 13-18, jan./mar. 2005. DOI: 10.1590/S1519-38292005000100002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292005000100002>. Acesso em: 2 jun. 2025.

SILVA, Helena Clécia Barbosa da; LIMA, Telma Cristiane Sasso de. **Racismo institucional: violação do direito à saúde e demanda ao Serviço Social.** *Revista Katálysis*, v. 24, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/hRTf9SLg8CBYF8cJqC8QYNJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 maio 2024.

SOUSA, Maria Eliane Alves de et al. **Promoção da saúde e equidade: contribuições dos Planos Nacionais de Políticas para Mulheres em situação de vulnerabilidade.** 2018. Tese de Doutorado. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CRUZ_206670b5592a88b61adca0f30172f065. Acesso em: 20 jan. 2024.

Souza, Dyana Helena de, Rocha, Dais Gonçalves e Nunes, Nilza Rogéria de Andrade. **Saúde da população negra na formação em saúde: perspectivas rumo à equidade racial.** *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 29, n. 7, e02992024. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.02992024>

SILVA, FAC et al. **Adverse clinical and obstetric outcomes among pregnant women with different sickle cell disease genotypes.** *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2018, Oct;143(1):89-93. DOI: 10.1002/ijgo.12626.

VIGISAN. **Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil, realizado pela Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede Penssan)**, 2021. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/>. Acesso em: [data].

WERNECK, Jurema. **Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2024.

ZANETTE, AM. **Gravidez e contracepção na doença falciforme.** *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, 2007; 29(3):309-312.