

HISTORICIDADE E SINGULARIDADE DA SAÚDE DA MULHER NEGRA: REPERCUSSÕES DO CUIDADO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Resumo: Analisar as repercussões do cuidado do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde a partir da historicidade e singularidade da mulher negra. Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, sustentado na análise de discurso de Michel Pêcheux, realizado entre os meses de março e maio de 2017 com oito enfermeiros da Atenção Primária à Saúde do município de Cajazeiras, Paraíba, Brasil. Para a coleta de dados foi utilizada uma entrevista semiestruturada. Observou-se o desconhecimento e despreparo profissional acerca da saúde da mulher negra e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, porém ainda foi possível avaliar em um discurso sutil dos enfermeiros, algumas doenças mais voltadas a população negra, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, anemia falciforme e as IST's. Desta maneira é necessária a educação permanente dos profissionais, preparando-os para ações integralizadas e transversais que perpassem as barreiras impostas ao cuidado em saúde da mulher negra.

Descritores: Saúde das Minorias Étnicas, Saúde da Mulher, Cuidados de Enfermagem.

Historicity and singularity of the health of black women's health: repercussions of nursing care in primary health care

Abstract: To analyze the repercussions of nursing care in Primary Health Care from the historicity and singularity of black women. Descriptive study, with a qualitative approach, based the of Michel Pêcheux's discourse analysis, performed between March and May 2017 with eight nurses from the Primary Health Care network of the city of Cajazeiras, Paraíba, Brazil. In order to collect data, we used a semi-structured interview script. We noted a lack of professional knowledge and training about the issue of black women's health and the National Policy for the Comprehensive Health of the Black Population, but it was still possible to check, in a subtle discourse of nurses, some diseases more focused on the black population, such as hypertension, diabetes mellitus, sickle cell anemia and sexually transmitted infections. Given the above, it is necessary to foster the continuing education of professionals, preparing them for comprehensive and transverse actions that pervade the barriers imposed to the health care of black women.

Descriptors: Health of Ethnic Minorities, Women's Health, Nursing Care.

Historicidad y singularidad de la salud de la mujer negra: repercusiones de la atención de enfermería en la atención primaria de salud

Resumen: El objetivo fue analizar las repercusiones de la atención de enfermería en la Atención Primaria de Salud basándose en la historicidad y la singularidad de la mujer negra. Estudio descriptivo, con enfoque cualitativo, anclado en análisis del discurso de Michel Pêcheux, efectuado entre marzo y mayo de 2017 con ocho enfermeros de la Atención Primaria de Salud del ayuntamiento de Cajazeiras, Paraíba, Brasil. Para la recolección de datos, se utilizó un guion de entrevista semiestruturada. Se notó el desconocimiento y la falta de preparación profesional sobre la salud de la mujer negra y la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra, pero aún se pudo chequear, en un sutil discurso de los enfermeros, algunas enfermedades más dirigidas hacia la población negra, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la anemia falciforme y las infecciones de transmisión sexual. Ante ello, es necesaria la educación continua de los profesionales, preparándolos para acciones integrales y transversales que traspasen las barreras impuestas a la atención de la salud de la mujer negra.

Descritores: Salud de Minorías Étnicas, Salud de la Mujer, Atención de Enfermería.

Maísa Galdino Pereira

Enfermeira. Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Formação de Professores. Unidade Acadêmica de Enfermagem. Cajazeiras, PB, Brasil.

E-mail: maisafenf.art@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4692-5626>

Daniele Pereira Soares

Enfermeira. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba. Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. João Pessoa, PB, Brasil.

E-mail: danisoaresenf@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8575-5880>

Cícera Renata Diniz Vieira Silva

Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Docente da Federal de Campina Grande. Centro de Formação de Professores. Unidade Acadêmica de Enfermagem. Cajazeiras, PB, Brasil.

E-mail: renatadiniz_enf@yahoo.com.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0928-8368>

Dayze Djanira Furtado de Galiza

Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Docente da Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Formação de Professores. Unidade Acadêmica de Enfermagem. Cajazeiras, PB, Brasil.

E-mail: lud_milabatista@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9237-0372>

Mayara Evangelista de Andrade

Mestranda. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGENF. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil.

E-mail: mayaraeandrade@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5256-2169>

Marcelo Costa Fernandes

Doutor em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Docente da Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Formação de Professores. Unidade Acadêmica de Enfermagem. Cajazeiras, PB, Brasil.

E-mail: celo_cf@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1626-3043>

Submissão: 13/12/2020

Aprovação: 17/01/2022

Publicação: 19/03/2022

Como citar este artigo:

Pereira MG, Soares DP, Silva CRDV, Galiza DDF, Andrade ME, Fernandes MC. Historicidade e singularidade da saúde da mulher negra: repercussões do cuidado do enfermeiro na atenção primária a saúde. São Paulo: Rev Recien. 2022; 12(37):463-471.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.463-471>

Introdução

Historicamente a mulher carrega em sua construção a submissão imposta por relações de gênero, que vulnerabiliza e marginaliza as necessidades femininas, tratando-as como “sexo frágil”, dependentes e exploradas visualmente e fisicamente.

Quando referente à historicidade da mulher negra, não pode ser ignorado as heranças do período escravocrata, em que as mulheres negras no período da escravidão serviam de prestadoras de serviços domésticos, amas de leite, ventre gerador, além da exploração sexual de seus corpos. Embora a mudança de tempo e história tenha possibilitado à emancipação de mulheres negras escravas, a herança desses tempos não foi apagada e nem transformada por completo¹.

Apesar das reivindicações da população negra e de movimentos sociais por mais e melhor acesso ao sistema de saúde ao longo dos vários períodos da história principalmente no período pós-abolição, e se intensificaram na segunda metade do século XX, com forte expressão nos movimentos populares de saúde, chegando a participar dos processos que geraram a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). É possível verificar que apesar de ter contribuído para a concepção de um sistema universal de saúde com integralidade, equidade e participação social, não foi suficiente para inserir, no novo Sistema, mecanismos explícitos de superação das barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde, particularmente aquelas interpostas pelo racismo².

Destaca-se que ainda a população feminina negra apresenta índices mais desfavoráveis quando comparados à mulher branca, em que mulheres

negras estão em posição de destaque no analfabetismo, baixa renda, sendo em grande maioria chefes de família e solteiras³ o que pesa significativamente no seu próprio processo de saúde-doença.

Além do que, há particularidades nesse processo saúde-doença que vão além das condições socioeconômicas e somam-se as questões genéticas que devem ser abordadas pelos profissionais de saúde, como desenvolvimento precoce de hipertensão arterial sistêmica (HAS); diabetes *mellitus*; hipertensão gestacional e seus agravos; anemia falciforme; Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); insuficiências cardíacas, câncer, dentre outros⁴.

Desta maneira é necessário que os profissionais reconheçam as características da saúde da mulher negra e toda a historicidade implicada em seu processo de saúde, cabendo destacar que o enfermeiro atua em todos os âmbitos do cuidado, devendo ter uma postura ampliada com o sujeito⁵, principalmente na Atenção Primária a Saúde (APS), que possibilita o vínculo, escuta e acolhimento, orientados pelas características individuais e coletivas do sujeito, família e comunidade⁶, fortalecendo o cuidado em saúde com essa população.

Para isso conta-se com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que propõe lutar contra a discriminação étnico-racial nos serviços e assistências oferecidos no SUS, bem como promover a equidade em saúde da população negra⁴.

Deste modo, esta pesquisa se baseou na seguinte questão norteadora: Quais as repercussões do cuidado do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde a partir da historicidade e singularidade da mulher negra?

Com isto, esta pesquisa irá contribuir para evidenciar as singularidades da mulher negra, proporcionando a qualificação dos profissionais e somando um novo olhar relacionado ao cuidado específico a esta população.

Logo, esta pesquisa objetiva analisar, as repercussões do cuidado do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde a partir da historicidade e singularidade da mulher negra.

Material e Método

A pesquisa em questão tem natureza descritiva com abordagem qualitativa. Foi realizada na APS do município de Cajazeiras, no estado da Paraíba, Brasil. Essa cidade faz parte da 4ª Macrorregião de Saúde e da 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba.

Os participantes deste estudo foram oito enfermeiros que compõem as 23 Equipes de Saúde da Família do município de Cajazeiras que atualmente integram 19 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O critério de inclusão utilizado foi trabalhar há mais de doze meses como enfermeiro na APS, compreendendo-se que esse seja período satisfatório para estabelecer o vínculo com a dinâmica desse cenário de atenção. Foram adotados como critérios de exclusão: estar de férias; de licença-saúde ou afastado do serviço. O encerramento das entrevistas ocorreu a partir do momento em que aconteceu a saturação teórica, pois não houve acréscimo de novas informações.

Após utilizar os critérios de inclusão e exclusão, foram convidados treze profissionais, desses, sete se recusaram a participar com as justificativas de que não gostariam de falar sobre o assunto, não tinham domínio sobre o tema ou não gostavam de realizar

entrevistas gravadas. Totalizando oito enfermeiros como participantes do estudo.

Lembrando que, para a análise de discurso não se considera o quantitativo de participantes e sim a análise em profundidade dos discursos proferidos. O encerramento das entrevistas ocorreu a partir do momento em que aconteceu a saturação teórica, pois não houve acréscimo de novas informações.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de março e maio de 2017 e foi realizada por meio de uma entrevista individual, semiestruturada que continha perguntas discursivas voltadas a compreensão dos enfermeiros acerca da saúde da mulher negra, das práticas cuidativas específicas a essa população e de sua realização na rotina assistencial.

Para as entrevistas, foi enviado um convite com texto padrão via aplicativo de mensagem para cada enfermeiro, após a aceitação de participação, as entrevistas ocorreram em local reservado de preferência do participante, sendo em consultório na própria UBS ou na residência do profissional.

Primeiramente as entrevistas eram gravadas por meio do aparelho celular após a autorização por escrito do participante e tiveram duração média de oito minutos. Após, foram escutadas diversas vezes para a melhor análise e compreensão das falas para sua transcrição.

A metodologia analítica utilizada nesta investigação foi a Análise de Discurso (AD), a qual favorece o reconhecimento da significância da linguagem. É a partir da linguagem que o homem forma e transforma sua história. Neste sentido, a AD avalia não somente o que foi dito, mas também as condições a qual foi dito, ou seja, a linguagem é

influenciada por sua exterioridade sem jamais ignorar a sua historicidade⁷.

Assim, neste estudo, seguiram-se, como base na AD, três etapas que favorecem o reconhecimento da significância de um discurso, sendo elas: passagem da superfície linguística para o objeto discursivo; passagem do objeto discursivo para o processo discursivo e passagem do processo discursivo para a formação ideológica⁸.

A investigação foi iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campus de Cajazeiras, Paraíba, Brasil, sob o parecer nº 2.012.785/2017 e CAAE 65779517.1.0000.5575. A participação na pesquisa se realizou mediante a assinatura do entrevistado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram respeitados todos os preceitos éticos e legais, onde garantiu-se o anonimato dos participantes, utilizando a sigla ENF seguida da numeração conforme ordem das entrevistas.

Resultados

Esta pesquisa foi realizada com o total de oito enfermeiros na APS da cidade de Cajazeiras, Paraíba. Em relação ao perfil dos participantes, houve predominância feminina, sendo seis do sexo feminino e dois do sexo masculino. A maioria (sete) tinha mais de cinco anos de formados. Cabe mencionar ainda que somente um dos entrevistados era graduado, os demais haviam cursado especializações, (quatro) em Saúde da Família.

Percebe-se nos discursos o desconhecimento e despreparo profissional acerca da saúde da mulher negra e da PNSIPN, no qual existe não só a necessidade de repasse de informações referentes à

saúde, mas também o trabalho de quebra de paradigmas sociais que enalteçam ao profissional a importância de se contar com políticas que tragam as especificidades de cada população.

ENF01 _ Não, não, especificamente, não como eu te disse, eu tenho* Assim, já vi falar algo a respeito da política, mas, muito geral, que seria o objetivo geral da política que é o que eu tinha lido que é tornar mais igual, equiparar essa, esse, essa população aos demais. Teria algumas particularidades, agora no momento eu não saberia te dizer não.

ENF03 _Eu acho que a questão de doenças genéticas é a mesma probabilidade pra todo mundo.

ENF05 _Não// até/ porque acho que assim, é, eu acho que se eu tenho uma saúde específica **pra mulher negra** eu acho // que seria até discriminação, porque assim, eu tenho/ é os programas de prevenção de colo de útero, programa de câncer de mama, amamentação e tudo, e porque tenho um só pra ela, específico **pra cor dela**, porque a gente não tá vendo a mulher.

ENF06 [...] // **Normal**, todas as incidências são normais, todas são normais, então\ sem preconceito.

Nota-se ainda que em um discurso sutil, alguns enfermeiros vinculam a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes como principais doenças presentes nessa população e as mais perceptíveis em seu meio de trabalho, porém não existe um conhecimento aprofundado sobre a questão, não demonstrando o que causa essa maior frequência, o que causa a dificuldade de controle e o porquê dessa população ser a mais afetada.

ENF04_ [...] questão aos hipertensos e diabéticos, que a população negra tem uma grande quantidade / de pessoas que são hipertensas e são diabéticas, ela /ela / é // Aumenta, né? O percentual dessa população* (o que aumenta?) Pessoas que são negras, têm doenças crônicas, né? / Então, acho que, de forma geral, é isso.

ENF 03_Sobre a política de atenção a saúde das pessoas negra*... porém confesso que nunca vi nenhum item específico relacionado à saúde da mulher, porque nos artigos os / quais eu li, sempre / levam mais a questão da hipertensão e do diabético e das drogas que a população negra / não responde tão bem no seu organismo quanto as pessoas brancas,

Ainda no *corpus* discursivo, a polissemia dos dois discursos a seguir possibilitou a inclusão de outros temas que se referem também à saúde da mulher negra, sendo estes a anemia falciforme e as Doenças Sexualmente Transmissíveis/Infecções Sexualmente Transmissíveis (DST/IST's).

ENF03 [...] assim que era muito focado no curso, que era muito focado no curso, aliais / e era a questão da anemia falciforme, né? E o traço falciforme presente na população negra, então a necessidade de ter é // a oferta da eletroforese de hemoglobina, né?

ENF07 _Sinceramente não // em relação a isso características de saúde na mulher negra não, não sei nem te dizer quanto essas doenças mais frequentes, mas incidentes, alguma coisa assim, o que, avaliando tudo a gente imagina é que / ainda é uma população que vive a margem, vivendo a margem a gente subtende que a saúde é um ponto, um pouco mais precário, e sendo assim / ela tá mais predisposta por exemplo a DSTs, porque também é uma população que infelizmente tem um nível de* um acesso a educação um pouco mais difícil, então isso faz com que ela não saiba tão bem, se proteger em geral, de doenças em geral, acredito eu que até as DSTS podem ser cotada ai como um, um índice mais elevado, mas por conta disso, por questões sociais.

Discussão

Pôde-se observar em primeiro momento o desconhecimento sobre a PNSIPN, em que somente alguns enfermeiros trouxeram a afirmativa que “tinha ouvido falar”, porém não sabia a necessidade de tal política, não somente expondo o déficit de atualização e conhecimento sobre políticas a grupos

minoritários, como também expondo a deficiência de conhecimento acerca da saúde da população negra.

O que mostra a invisibilidade do racismo na sociedade e, que se tem como resultado seu reflexo nos serviços de saúde, onde as mulheres negras são mais atingidas, pois as desigualdades raciais interferem no acesso e na qualidade da atenção ofertada⁹.

É possível também relacionar esses pontos a formação profissional da área da saúde e o seu meio de atuação, o ensino à saúde tende a relacionar a assistência de forma biomédica e mecânica, essa formação finda por trabalhar o profissional de forma generalizada, na qual embora sejam abordados diversos temas não possibilita o aprofundamento às especificidades assistenciais.

A primeira diretriz da PNSIPN dispõe sobre “Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde”⁴. A partir dos discursos proferidos tem-se a constatação na falha da efetivação de um dos pontos evidenciados por esta política.

É perceptível a minimização dos fatos relacionados à saúde da mulher negra, a partir de afirmativas que encontram-se em discordância com todo embasamento da hereditariedade biológica, como também relacionam-se a uma defesa do profissional em tentar justificar o porque não existe a necessidade de cuidados específicos a saúde da mulher negra. Na AD, leva-se em consideração toda a historicidade do qual o entrevistado encontra-se, assim como o ambiente, o pesquisador, o jogo do dito

e não dito, que favorecem o recuo profissional em apresentar a formação do seu pensar.

Corroborando com esse achado, um estudo realizado com doze coordenadores de nove cursos da saúde, concluiu que uma parte significativa dos depoimentos encontrados, refere os valores da universalidade e igualdade teórica, mas ignora ou não assimila profundamente as informações acerca do reconhecimento da diferença. Podendo isso ocorrer devido ao desconhecimento da elaboração de literatura existente orientada na identificação das relações de equidade/iniqüidade racial em saúde¹⁰.

Esse tópico é muito importante quando se percebe que os trabalhos teóricos / acadêmicos que abordam as disparidades sociais como um fator relacionado à saúde ainda são escassos. No entanto, na pesquisa em saúde, a necessidade de estudos raciais e étnicos é enfatizada como uma maneira de entender a discriminação histórica sofrida pela população negra¹¹ mudando essa realidade que assola a saúde dessa população e principalmente a mulher.

Ainda que em teoria as questões sociais sejam discutidas e analisadas, em termos práticos vivenciados na APS, o desenvolver de intervenções torna-se algo frágil, sendo mantido dentro de um ciclo de restrição de conhecimento, podendo estar ligado a déficit na construção acadêmica do profissional, ou nas lacunas das constantes atualizações, podendo ser evidenciada nas respostas dos enfermeiros entrevistados relativo ao seu conhecimento sobre a PNSIPN.

Em tratando-se da população negra, achados demonstraram que em relação aos fatores de risco cardiovascular, apontam os pardos e negros como grupo mais vulnerável onde as principais diferenças

identificadas entre os grupos foram: obesidade; dislipidemia; pré-HAS/HAS e circunferências aumentadas¹².

Embora vários fatores de risco contribuam para doenças cardiovasculares em geral, a HAS é o principal fator de risco controlável¹³. Porém, ressalta-se a dificuldade de controle da HAS em negros, contando com a falta de capacitação específica e de recursos humanos especializados na área, além do protocolo terapêutico inadequado para essa população¹⁴.

Há questões em relação as prescrições medicamentosas de Captopril e Enalapril que estão entre os anti-hipertensivos inibidores da enzima conversora da angiotensina (iECA) contraindicados para a população negra, mostrando-se menos efetivos no controle da hipertensão, especialmente na prevenção contra Acidente Vascular Cerebral (AVC), devendo ser desconsiderado como primeira escolha¹⁴.

Um estudo demonstrou em seus achados que os indivíduos diabéticos, apresentando cor/raça preta relacionava-se a obesidade geral (IMC) e central (CC), em comparação à cor/raça parda, apenas entre as mulheres. O efeito da cor/raça nas medidas de adiposidade corporal ocorreu mesmo com o ajuste de variáveis socioeconômicas (escolaridade e renda familiar)¹⁵.

No Brasil, assim como nos Estados Unidos, a obesidade se tornou uma epidemia nacional e está relacionada às maiores taxas de comorbidades, como diabetes, HAS e doenças cardiovasculares. Nos países do Sul global a obesidade tem sido historicamente um distúrbio para as classes mais privilegiadas, porém, alguns estudos demonstram que está se tornando cada vez mais frequente entre os pobres, sobretudo

entre as mulheres, onde as mulheres pretas tem maior risco de morte devido as iniquidades raciais e de gênero¹⁶.

O *corpus* discursivo situa a importância de uma contextualização da situação de saúde a qual a população ou comunidade encontra-se inserida, essa percepção de forma ampliada e reflexiva enaltece como os comportamentos sociais, culturais, econômicos e políticos influenciam no contexto de vida e saúde de um sujeito.

Quanto à anemia falciforme, é uma doença genética que pode ter se originado no continente africano e trazida ao Brasil por pessoas escravizadas pelo sistema colonial europeu. É uma das doenças genéticas de condição incurável mais comum no Brasil, que se manifesta desde o nascimento de uma criança e é um importante problema de saúde pública no Brasil¹⁷.

As mulheres que vivem com doença falciforme possuem altíssimo risco de morte na gravidez, necessitando de tratamentos especializados e monitoramento constante em todo o período da gestação¹⁷.

Para mulheres negras, ter doença falciforme é um processo de superar constantemente as doenças e se organizar para mudar o significado da doença sem sobrecarregar sua subjetividade¹⁸.

No discurso, embora o profissional demonstre conhecimento sobre a doença e os exames a serem utilizados com fim diagnóstico que resulte em um atendimento efetivo, deparam-se com outra questão. É fornecido meio para que esse profissional consiga efetivar um pré-natal seguro e livre de risco para suas gestantes? Então encontram-se duas vertentes, em uma ponta tem-se o fato de não se ter exames

específicos disponibilizados pelo município, como a eletroforese de hemoglobinas no pré-natal, dificultando a solicitação, principalmente pelo profissional da enfermagem e em outra ponta depara-se com alguns profissionais que não possuem conhecimento sobre a doença, qual público mais afetado, sinais e sintomas.

Deste modo, nota-se a insatisfação e a baixa credibilidade que a maioria dos sujeitos com doença falciforme possui em relação à APS. Pois seria ideal que esse espaço de saúde fortalecesse os laços com a população adscrita, proporcionando a assistência e fortalecendo o vínculo para com o serviço, uma vez que a doença falciforme é considerada um problema de saúde pública no Brasil, apresentando a necessidade de melhoria no atendimento com o estabelecimento do elo entre os profissionais de saúde e a comunidade transformando a imagem que as pessoas com doença falciforme possuem sobre o serviço¹⁹.

Nos dias atuais a expectativa de vida de uma mulher negra é de 66 anos, comparado a da mulher branca que é uma expectativa de 71 anos, sendo justificado pelas discrepâncias em saúde, em que somente os fatores patogênicos não devem ser considerados, mas também a qualidade de vida dessas mulheres em questão de gênero e social, no qual a construção social de ser mulher e negra no Brasil afeta a qualidade da construção de uma identidade pessoal, autoconceito e autoestima, influenciando em violências dirigidas a si própria, hábitos de vida prejudiciais (tabagismo, alcoolismo, drogas), reafirmando a necessidade do conhecimento do profissional aos diversos fatores da saúde de uma população³.

Com relação as IST's/AIDS, apesar de ser uma doença de transmissão prioritariamente sexual, provocada por um retrovírus, o vírus da imunodeficiência humana (HIV), a epidemia de AIDS é dinâmica e multifatorial, e sua ocorrência vai muito além da questão do comportamento sexual, estando relacionada com as condições de vida, gênero, composições etárias e étnicas das populações atingidas²⁰.

O que é perceptível nos dias atuais quando se refere ao perfil dos acometidos pelo vírus HIV é que se configuram especialmente em mulheres negras, de baixa situação econômica e em contextos sociais vulneráveis, incluindo entre eles a violência de gênero e baixa escolaridade. As desigualdades socioeconômicas e o racismo institucional são as hipóteses explicativas para a alta vulnerabilidade às IST/AIDS das mulheres negras²¹.

Percebe-se que a ligação do racismo institucional e da vulnerabilidade social compromete a assistência às mulheres negras que vivem com HIV/AIDS, se transformando em desvantagens no âmbito da saúde devido a restrição de acesso aos serviços, aumentando o risco para a aquisição da doença²².

Apesar da maioria dos problemas de saúde da mulher negra advir de causas evitáveis, é necessário perceber que essa população retrata uma especificidade genética que a faz singular no desenvolvimento das ações de saúde, porém, deve-se levar em conta os fatores socioeconômicos que se fazem de grande valia nesse processo²³.

Desta maneira é necessário um olhar que não busque somente o curativismo, e sim, ações integralizadas e transversais que perpassem as barreiras impostas a essa população, cuidando de

forma específica de todas as condições biopsicossociais da mulher negra.

Conclusão

Na trajetória deste estudo, analisou-se as repercussões do cuidado do enfermeiro da APS a partir da historicidade e singularidade da mulher negra.

No percurso da análise observou-se o desconhecimento e despreparo profissional acerca da saúde da mulher negra e da PNSIPN, observando a necessidade do diálogo a respeito da política específica da população negra, dando ênfase à mulher.

Foi possível também avaliar em um discurso sutil dos enfermeiros, algumas doenças mais voltadas a este grupo étnico, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, anemia falciforme e as IST's.

Vale salientar que uma das principais limitações encontradas no desenvolvimento do presente estudo foi conseguir dialogar com profissionais de enfermagem sobre a saúde da mulher negra, principalmente pelo medo dos profissionais em falar sobre a temática.

Por fim, acredita-se que este estudo ao apresentar as repercussões do cuidado do enfermeiro à saúde da mulher negra terá como contribuições para fins teórico-práticos da temática, considerando-o como novo instrumento de pesquisa, com o intuito de servir como alicerce em novas pesquisas e de buscar melhorias na assistência à saúde dessa população.

Referências

1. Souza V, Fernandes E. A mulher negra e sua condição na sociedade brasileira atual. Rev Pós-graduação Multidisciplinar. 2018; 1(4):47-58.
2. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde Soc. 2016; 25(3):535-549.

3. Fraga FA, Sanino GEC. Saúde da mulher negra passos e descompassos: ações afirmativas na saúde, provável luz no fim do túnel? Rev ABPN. 2015; 7(15):192-211.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf>.
5. Barbiani R, Nora CRD, Shaefer R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. Rev Latino-Am Enferm. 2016; 24:e2721.
6. 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). Diário Oficial da União 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>.
7. Silva RS, Silva GV, Bressanin JA. Entre paráfrase e polissemia: a movência dos sentidos e dos sujeitos em “saímos do Facebook”. Entre Palavras. 2017; 7(2):229-242.
8. Orlandi EP. Análise de discurso: princípios e procedimentos. 11 ed. Campinas: Pontes. 2013.
9. Batista LE, Rattner D, Kalckmann S, Oliveira MCG. Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. Saúde Soc. 2016; 25(3):689-702.
10. Santana RAR, Akerman M, Faustino DM, Spiassi AL, Guerriero ICZ. A equidade racial e a educação das relações étnico-raciais nos cursos de Saúde. Interface. 2019; 23e170039:1-15.
11. Nascimento SS. Saúde da mulher negra brasileira: a necessária intersecção em raça, gênero e classe. Cadernos CEAS. 2018; 243:91-103.
12. Toledo NN, Almeida GS, Matos MMM, Balieiro AAS, Martin LC, Franco RJS et al. Cardiovascular risk factors: differences between ethnic groups. Rev Bras Enferm. 2020; 73(4):1-6.
13. Ferdinand KC, Nasser AS. Understanding the importance of race/ethnicity in the care of the hypertensive patient. Curr Hypertens Rep. 2015; 17(3):15.
14. Varga IVD, Cardoso RLC. Controle da hipertensão arterial sistêmica na população negra no Maranhão: problemas e desafios. Saúde Soc. 2016; 25(3):664-671.
15. Moretto MC, Fontaine AM, Garcia CAMS, Neri AL, Guariento ME. Associação entre cor/raça, obesidade e diabetes em idosos da comunidade: dados do Estudo FIBRA. Cad Saúde Pública. 2016; 32(10):1-12.
16. Oraka Claudia Simões, Faustino Deivison Mendes, Oliveira Elda, Teixeira João Alexandre Mendes, Souza Allex Sander Porfírio de, Luiz Olinda do Carmo. Race and obesity in the black female population: a scoping review. Saúde Soc. 2020; 29(3):e191003.
17. Lages SRC, Silva AM, Silva DP, Damas JM, Jesus MA. O preconceito racial como determinante social da saúde – a invisibilidade da anemia falciforme. Rev Interinst Psicol. 2017; 10(1):109-122.
18. Xavier EC, Rocha KB. Subjetividade e interseccionalidade: experiências de adoecimento de mulheres negras com doença falciforme. Avances Psicología Latinoamericana. 2017; 36(2):267-282.
19. Moraes LX, Bushatsky M, Barros MBSC, Barros BR, Bezerra MGA. Doença falciforme: perspectivas sobre assistência prestada na atenção primária. J Res Fundam. care. 2017; 9(3):768-775.
20. Santos NJS. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/AIDS. Saúde Soc. 2016; 25(3): 602-618.
21. Taquette SR. Interseccionalidade de Gênero, classe e raça e vulnerabilidade de adolescentes negras às DST/AIDS. Saúde Soc. 2010; 19(2):51-62.
22. Silva MAS, Souza FS, Baptista RS, Quirino EMB, Lima CA, Pinho CM, et al. Black women living with human immunodeficiency virus: public policies. J Nurs UFPE online. 2019; 13:e240251.
23. Monteiro NJ, Sá AMM, Valois RC, Santos MNA, Vale CC. Problemas de saúde mais comuns em mulheres negras. Rev Enferm UFPE online. 2019; 13:e242472. 1-14.