

Inquietações e convites ao diálogo:

Movimentos da Saúde Coletiva

Organizadores

Jaqueline Miotto Guarnieri
Carolina Araujo Londero
Luciane Maria Pilotto
Maria Eduarda Cardoso
Vitória D'Avila Pedroso
Alexandre Fávero Bulgarelli

Inquietações e convites ao diálogo

Movimentos da Saúde Coletiva

Organizadores:

Jaqueline Miotto Guarnieri
Carolina Araujo Londero
Luciane Maria Pilotto
Maria Eduarda Cardoso
Vitória D'Avila Pedroso
Alexandre Fávero Bulgarelli

Copyright © 2026 by Travassos Editora

Todos os direitos reservados aos organizadores da obra,
preservados os direitos autorais dos capítulos.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Inquietações e convites ao diálogo : movimentos da saúde coletiva / organização Jaqueline Miotto Guarnieri...[et al.]. -- Rio de Janeiro : Travassos Editora, 2026.

Vários autores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-83288-51-6

1. Medicina - Estudo e ensino 2. Saúde - Estudo e ensino I. Guarnieri, Jaqueline Miotto.

26-356044.0 CDD-610.7

Índices para catálogo sistemático:

1. Medicina : Estudo e ensino 610.7

Livia Dias Vaz - Bibliotecária - CRB-8/9638

Travassos Editora
Acredite no seu sonho!

www.travassoseditora.com
travassos@travassoseditora.com
Tel.: (21) 4126-9826

A obra teve revisão por pares e foi financiada por recursos do Programa de Apoio à Pós-Graduação – PROAP/CAPES.

Foto da Capa:

Ricardo Palmeiro Lubisco

Diagramação:

Travassos Editora

Revisores e pareceristas:

Alexandre Fávero Bulgarelli

Átila Ferreira Tresohlavy

Carolina Araújo Londero

Cíntia Rigotto Silveira

Fernanda Rocha

Filipe Vincensi Duarte

Gabriel Trevizan Corrêa

Guilherme Lamperti Thomazi

Jaqueline Miotto Guarnieri

Jeferson Souto Pinheiro

Luciane Maria Pilotto

Luisa Santini

Marciele Barcelos Ávila

Maria Eduarda Cardoso

Maria Eduarda Ferreira de Andrade

Marina Soares Buralde

Sthéfany Possamai Gomes

Tatiane da Rosa Vasconcelos

Vitória D'Avila Pedroso

William Pereira Santos

Willian Roger Dullius

Todos os manuscritos apresentados neste volume passaram por um processo de revisão por pares aberta, no qual tanto as pessoas avaliadoras como as autoras foram identificadas. A revisão teve como objetivo garantir a qualidade, a relevância, a consistência acadêmica dos conteúdos, a transparência e a redução de vieses. As opiniões expressas nos textos são de responsabilidade exclusiva das autoras e dos autores e não refletem necessariamente a posição ou os pontos de vista dos organizadores desta publicação. As autoras e os autores são integralmente responsáveis pela veracidade das informações, pela precisão dos dados apresentados e pelo conteúdo das respectivas contribuições.

PREFÁCIO

POR UMA SAÚDE COLETIVA EM MOVIMENTO E COM A POTÊNCIA DA COMPLEXIDADE: HOMENAGEANDO MADEL LUZ

Alcindo Antônio Ferla[1]

Escrevo esse prefácio numa situação bem singular. Estou na Itália há alguns dias acompanhando um grupo de estudantes de medicina brasileiros que fazem uma vivência no sistema de cuidados às pessoas idosas na Itália, particularmente em Asti e Modena. E, em meio à experiência que repito há alguns anos e é sempre singular, recebo a notícia da partida da queridíssima Madel Therezinha Luz. Uma miscelânea de sensações me acompanha no momento da finalização da escrita. Predominam a alegria e o privilégio de ter convivido diretamente com ela, seja nas atividades do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, no período em que foi docente, e depois disso, em atividades de cooperação. Mas também uma tristeza que se agudiza com a constatação da impossibilidade de ler novos escritos e debater novas ideias, na convivência sempre muito intensa e prazerosa com ela. Seguramente, as ideias de Madel Luz e de Emerson Merhy são aquelas que mais intensamente construíram a minha capacidade de pensar a saúde e que me tornaram sanitarista. Daí que o luto, inevitável, é intenso nesse momento.

Com suas ideias, apreendi uma Saúde Coletiva que provoca inquietações, induz movimentos e convida ao diálogo, desde já há algumas

1 Professor permanente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

décadas. Me interessa muito essa Saúde Coletiva e sua força ética, estética e política! Sou de uma geração, que foi impregnada pela necessidade de chamar a atenção para questões cotidianas da vida nos territórios, buscando agenciar políticas públicas de inclusão; de problematizar consensos e naturalizações para ativar pensamentos divergentes e enxergar a complexidade do viver; de produzir fraturas no modo disciplinar das instituições, para reforçar as diversidades humanas; de tensionar as grades curriculares da formação das profissões da saúde, para abrir o pensamento à complexidade da produção de saúde nos territórios. A ideia da democracia como direito de existir se expandia constantemente para dar expressão às invisibilidades, fundamentando os debates da 8ª Conferência Nacional de Saúde e da Constituinte, culminando com a Constituição de 1988. E a Saúde Coletiva, como campo de saberes e práticas, expressava com precisão essas possibilidades. Antes disso, a medicina social italiana e a epidemiologia crítica latino-americana povoaram meu pensamento e orientaram percursos pessoais e profissionais. As conexões do social com o sanitário, da saúde e da educação com a produção de autonomia, eram cristalinas nos nossos pensamentos.

Por isso, impressiona muito o contexto atual, onde se expandem opiniões fascistas por todo lado, que pretendem neutralizar o direito à vida de outras pessoas, em diferentes lugares, inclusive na universidade. Ora, a memória dos absolutismos, das guerras de resistência e da engenharia institucional transnacional que foi engendrada nos últimos séculos, nos ensina que o limite da liberdade de expressar-se é a ameaça à liberdade de expressão como direito de todos. Mais do que isso, iniciativas e modos de expressão que buscam neutralizar o direito e a viabilidade de existências não podem prosperar, pois os totalitarismos se criam como ovos de serpente e, logo ali, a morte evitável de 700 mil pessoas ou feminicídios e/ou as demais violências de gênero é naturalizada.

Os slogans “nenhum direito a menos”, que convivem com “nada sobre nós, sem nós”, falam dos nossos desafios contemporâneos para superar a crise civilizatória que vivemos, mas também um certo pensamento “de vanguarda”, que autorizava certa perspectiva intelectual a representar as ideias e pessoas da margem do ideário vigente. O lugar de “intelectuais orgânicos”, como na tradição de pensamento do último século, nos permite escorregar para além da representação dos interesses minoritários, ultrapassando a linha das colonialidades. Esses slogans nos impulsionam a não dar trégua aos retrocessos epistêmicos e civilizatórios e avançar de forma participativa e compartilhada. Não apenas e não predominantemente no âmbito da afirmação das identidades, mas da expressão das subjetividades e de formas civilizatórias inclusivas. Não centralmente nas recomposições de poder e no valor social das diversidades, mas na composição de um platô ético que coloca a produção de saúde como a ativação da potência do andar da vida no cotidiano de todas as pessoas.

Novamente, a Saúde Coletiva pede passagem, talvez com uma adesão demasiado oscilante das pessoas que produzem no interior do campo de saberes e práticas, gerando, por vezes, um silêncio ensurdecedor diante de situações de grande gravidade, que põem em risco a soberania e a democracia no mundo todo. Mas, enfim, a condição histórica e social que marca os fenômenos da política e da organização das sociedades também atravessa a produção epistêmica e não temos um limite muito preciso para separar a emancipação das colonialidades. A crise paradigmática que vivemos se expressa, também, pelo apego à representação da normalidade, ainda que essa confunda a interpretação estatística com a vigência de valores e tradições. Birman (2005) já nos alertava para uma origem da Saúde Coletiva que, diversamente da Saúde Pública, tinha origem na crítica ao naturalismo da ciência e, em especial, da perspectiva biomédica da saúde. A condição histórica e social estava aí também, mas como objeto de análise e reflexão; como dispositivo de tensionamentos.

A ideia de tensões entre disciplinas e entre teorias e práticas, que Madel avaliou como potência da Saúde Coletiva (Luz, 2009), substituindo modelos ideais weberianos de pensamento por condições de passagem e, portanto, de movimento, datam de mais de quarenta anos. A capacidade de compreender o complexo do cotidiano, segundo seu pensamento sempre denso e inovador, de uma formação marxista e crítica (lembrar que Madel compartilhou pensamentos, durante o exílio e depois, com Michel Foucault), precisa desnaturalizar o pensamento disciplinar e a experiência teórica e empírica, ao contrário do apego às abstrações disciplinares que sempre pretendem, falsamente, um estatuto de verdade perene. Mas também Merhy (2002), quando nos lembra que cuidar e produzir conhecimentos é um trabalho humano e, como tal, a criação/criatividade pedem passagem na composição tecnológica (tecnologias duras, leve-duras e leves) de cada ação de trabalho, que precisa ser gerenciada por tecnologias leves. Não apenas uma ideia evidente de movimento, mas de um movimento conectado no cotidiano, em que a relação entre humanos e com outros seres e elementos dos territórios onde se atua. Certo que o conceito freireano de inteligência, onde a aprendizagem se expressa pela capacidade de mudar a si e ao mundo, se apresenta nesse contexto. Conhecimento não como erudição, mas como condição para orientar a emancipação, para produzir uma saúde que não se pretende "estado de completo bem-estar", mas como capacidade de interagir com o contexto vivido com autonomia, ainda que não absoluta.

Faz um bocado de tempo que temos pistas, no campo de saberes e práticas (outra vez Madel Luz) da Saúde Coletiva, que é preciso movimentar o pensamento e as iniciativas de produzir saúdes, conhecimentos e culturas. Mas repetimos o programa mental de reiterar o já sabido e, com isso, manter as visibilidades e invisibilidades que caracterizam os nossos tempos. Na repetição *ad nauseam*, cloroquina vira tratamento para a covid-19 e os mortos pela pandemia se somam como

estatística aos mortos pelas consequências do uso inadequado do medicamento e, ainda mais, dos mortos e agudizados pela indisponibilidade do medicamento para a indicação embasada na ciência. E ficamos algo imobilizados, que as formas de poder e as formas de verdade têm alianças que frequentemente nos silenciam.

Não em todo lugar e instituições. Há lugares de resistência e, mais do que isso, de produção de vida e expressões de saúde que, comprometidas com todas as existências (humanas, mas também dos territórios e do ambiente), tomam situações e as colocam pelo avesso. Explico melhor: a ciência tem uma capacidade singular de dar expressão a fenômenos escondidos no cotidiano e naturalizados por imaginários amalgamados pelos sistemas de pensamento vigentes. Essa é uma contribuição importante para os sistemas de ciência e tecnologia, também de educação. Eu penso que essas contribuições atribuem aos fazeres acadêmicos uma condição de inovação; não da inovação moldada pelo fetiche do consumo das novas tecnologias, subordinadas fortemente à lógica do consumismo e descarte do capitalismo contemporâneo. Mas da inovação que busca ampliar a qualidade do viver, que dá passagem a outras saúdes e que contribui para emancipar as pessoas e os territórios.

Com Ricardo Ceccim, escrevemos que o encontro da educação com a saúde precisa romper fronteiras de pensamento e práticas (Ceccim & Ferla, 2008). Além da ideia de movimento, muito sustentada na produção de Madel Luz, Emerson Merhy e Paulo Freire, destacamos a ideia de que os desafios complexos da educação e da saúde no contemporâneo somente podem ser abordados com a precisão possível se o trabalho for, ao mesmo tempo, teoria e prática, qualificação tecnológica e exercício denso de pensamento. Novamente, no lugar de modelos ideais (de pensamento e de práticas) reprodutíveis, movimentos de desenvolvimento dos saberes e dos fazeres com diálogo de saberes e tensões entre teoria e práticas. Sempre com densidade e método, descritos e

comprováveis, que a honestidade intelectual também é um desafio do nosso tempo. Com compromisso ético e político com a expressão de novas configurações de saber e de práticas que tenham o melhor que cada vida pode viver (o Merhy aqui) como horizonte.

Essa longa consideração preliminar é para falar da coletânea que o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPG Saúde Coletiva) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul produziu, numa iniciativa que retoma uma ideia de diálogos científicos dentro e fora do Programa. A escolha do "dentro/fora" aqui não foi aleatória. É bem comum grupos de pesquisa e programas institucionais se fecharem em algumas convicções teóricas e se protegerem nas paredes das universidades. Não é o caso do PPG Saúde Coletiva da UFRGS, onde sempre há um conjunto de forças abrindo buracos nas "paredes" do pensamento e produzindo tensões com questões do cotidiano. Mas não é apenas um movimento dentro/fora, que já seria uma boa indicação da função social da universidade e do trinômio ensino/pesquisa/extensão que traduz a base social e pedagógica do ensino superior no Brasil (Paulo Freire, com a pedagogia crítica e libertadora; Anísio Teixeira, com as formulações para a escola pública e a Escola Nova; Florestan Fernandes, com as formulações da sociologia da educação; Maria Nilde Mascellani, com as ideias sobre o ensino vocacional). É, também, o compromisso político com diálogos temáticos que produzem novas visibilidades sobre grupos de pessoas, políticas e, mesmo, da cultura.

Assim, não é casual que uma chamada pública de manuscritos para docentes, discentes e pessoas que se conectam por meio de pontos de redes científicas mais amplas, seja produzida desde as iniciativas que se irradiam a partir de pesquisas, atividades de extensão e ensino dessa Saúde Coletiva. A primeira marca de resistência é a ousadia de fazer uma Saúde Coletiva que produz movimentos, dentro e fora, ampliando conexões e exposição a problemas reais do cotidiano. Há um excesso

aqui, que a realidade sempre é construída, mas, em todo caso, não é de uma construção/reprodução que se trata, mas de uma exposição e produção de respostas outras, que geram visibilidade, dizibilidade e ação concreta. Compromisso ético, estético e político, portanto.

Não por casualidade, os temas de mulheridades, negritudes, gêneros, envelhecimento, interseccionalidades, violência, racismo, segurança alimentar e nutricional, decolonialidades, quilombolas, indígenas, organização do cuidado nos territórios, diálogos interculturais, ancestralidades, entre tantos outros, são postos a dialogar com o direito das pessoas e coletividades, da formação comprometida com a emancipação e a liberdade, da intersetorialidade formando híbridos de teorias e métodos. Li os textos que compõem a coletânea com a mesma empolgação que Birman leu aquele histórico primeiro número da Physis, explicitando diferenças epistêmicas e pragmáticas entre a Saúde Coletiva e a Saúde Pública (e suas alianças com a Medicina Ocidental Moderna, com a Epidemiologia e com outras disciplinas importantes, mas nascidas na fonte da ciência moderna e tributárias do naturalismo que se fortalece desde esse marco).

Os artigos têm diversidades temáticas, sempre renovadas pelo "estado da arte" de saberes e práticas que se referem às pessoas e grupos. Há um acúmulo, no sentido da atualização de abordagens (uma ciência em movimento, sempre frágil e precária, sempre em busca de novas ideias que fortaleçam a diversidade como riqueza humana), sempre mirando o ambiente como um conjunto encantado de seres humanos e não humanos, sempre pensando numa saúde como bem viver, sempre sensíveis às ancestralidades, sempre comprometidas com a vida, com a democracia e com a autodeterminação dos povos, sempre avessas aos colonialismos.

Eu diria que há, aqui, um conjunto de contribuições que renova, também teórica e metodologicamente, o campo de saberes e práticas da Saúde Coletiva; que homenageia nossas e nossos pensadores seminais;

que não têm medo de organizar teoria e método como obra de arte, com artesanias densas e sustentadas pelo amor às pessoas do mundo, como na explícita motivação de Paulo Freire para resistir e para renovar.

Orgulho de estar imerso nessa onda de movimentos, nesse lugar de movimento e formando redes com sanitaristas que fazem o que o nosso tempo requer. A ciência que afirma as vidas é também a ciência que inova e que tem a coragem de tornar visíveis as potências de vida que renovam o pensamento. Como em Paulo Freire, me interessa o conhecimento que potencializa a capacidade de transformar a si e ao mundo. Para fazer mundos melhores e mais democráticos, sobretudo em tempos de crise civilizatória como a que vivemos.

Boa leitura!

REFERÊNCIAS

BIRMAN, J. A Physis da saúde coletiva. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, p. 11-16, 2005. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000000002.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. DOI: https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003.

LUZ, M. T. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000200013.

MERHY, E. E. Saúde: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2008.

SUMÁRIO

PREFÁCIO 7

APRESENTAÇÃO.....17

MULHERES NEGRAS E EMANCIPAÇÃO: SABERES, RESISTÊNCIAS E PRÁTICAS NO ENFRENTAMENTO AO RACISMO ESTRUTURAL.....22

GÊNERO, RAÇA, CLASSE E SAÚDE MATERNA: INTERSECCIONALIDADE E DESIGUALDADES.....45

DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: UMA ANÁLISE INTERSECCIONAL DAS BARREIRAS AO ACESSO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E À ATIVIDADE FÍSICA.....59

APOIO INSTITUCIONAL E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA 73

METODOLOGIAS DECOLONIAIS E SABERES LOCAIS: PERSPECTIVAS PARA A PESQUISA-INTERVENÇÃO EM SAÚDE COLETIVA.....94

INTERSECCIONALIDADE COMO FERRAMENTA DECOLONIAL DE CORPORALIDADES DISSIDENTES NA ACADEMIA BRASILEIRA.....115

RESISTÊNCIAS TRANSFEMINISTAS: POR UMA EPISTEMOLOGIA DA VISIBILIDADE.....130

O ENVELHECIMENTO NO SÉCULO XXI: POR UMA AGENDA DECOLONIAL E INTERSECCIONAL PARA PENSAR O ENVELHECIMENTO NO CONTEXTO BRASILEIRO.....150

A RELAÇÃO ENTRE SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA NA POPULAÇÃO IDOSA: UMA REVISÃO DE LITERATURA.....173

A SAÚDE COLETIVA COMO FERRAMENTA DE ANÁLISE PARA PENSAR A INCLUSÃO SOCIAL E O PERTENCIMENTO EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA 185

ENTRE MUDANÇAS E PERMANÊNCIAS: OS MOVIMENTOS DO CURSO DE BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA.....201

TROCA DE SABERES EM SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: CUIDADOS NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE PIOLHOS NA REDE PÚBLICA DE SÃO LEOPOLDO.....214

A EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS RURAIS DO RIO GRANDE DO SUL.....240

ORGANIZADORAS E ORGANIZADORES.....258

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES.....260

ÍNDICE REMISSIVO 265

APRESENTAÇÃO

Jaqueline Miotto Guarnieri
Carolina Araujo Londero
Luciane Maria Pilotto
Maria Eduarda Cardoso
Vitória D'Avila Pedroso
Alexandre Fávero Bulgarelli

Nos últimos anos, o Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul tem organizado uma série de produções com o intuito de dar visibilidade a debates, vivências e redes produzidas a partir do programa. Esta produção, em especial, é o fruto da chamada de manuscritos lançada em 2025 e reúne reflexões e experiências que tensionam os modos hegemônicos de produzir cuidado, conhecimento e políticas públicas em saúde, articulando Saúde Coletiva, interseccionalidade e perspectivas decoloniais. Os capítulos que a compõem partem de contextos diversos, mas convergem na aposta ética e política de que cuidar, pesquisar e gerir não são atos neutros, mas sim práticas atravessadas por disputas, desigualdades e possibilidades de transformação.

No texto **"Mulheres negras e emancipação: saberes, resistências e práticas no enfrentamento ao racismo estrutural"**, o olhar se volta para as mulheres negras como produtoras de saber, cuidado e emancipação, evidenciando como suas trajetórias de resistência enfrentam o racismo estrutural e o sexismo no cotidiano. Ao articular feminismo negro, saúde coletiva e narrativas de vida, reconhece-se a emancipação como prática coletiva, afetiva e política, onde cuidar, narrar e existir são atos radicais de

transformação. Em **“ Gênero, raça, classe e saúde materna: interseccionalidade e desigualdades”,** ao se evidenciar a violência obstétrica, o racismo institucional e a invisibilização de corpos dissidentes, o convite é para repensar o cuidado reprodutivo como campo de disputa ética, política e social, onde justiça reprodutiva não pode ser exceção, mas princípio.

Ancorado no pensamento crítico latino-americano, o capítulo **“Determinação social da saúde da população negra: uma análise interseccional das barreiras ao acesso à alimentação adequada e à atividade física”** analisa como o novo neoliberalismo reconfigura a dimensão geral da determinação social da saúde, tensionando os fundamentos da Saúde Coletiva. Ao examinar a mercantilização da vida, a reorientação do Estado e a precarização do trabalho, o texto evidencia como essas transformações incidem diretamente sobre os processos saúde-doença e sobre o próprio sentido do direito à saúde em sociedades dependentes.

O texto a seguir discute o **“Apoio Institucional e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra”**, visando enfrentar o racismo institucional e fortalecer a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no SUS. Ao articular experiência prática, análise crítica e fundamentos da Saúde Coletiva, a autora propõe a visualização da gestão em saúde como um espaço de disputa, implicação e transformação, onde a equidade racial precisa deixar de ser promessa para se tornar prática viva.

A partir do texto **“Metodologias decoloniais e saberes locais: perspectivas para a pesquisa-intervenção em saúde coletiva”**, propõe-se uma virada radical na produção do conhecimento em Saúde Coletiva, confrontando os limites da ciência moderna-colonial e afirmando metodologias decoloniais enraizadas em saberes locais, pluriepistêmicos e comunitários. Ao defender a pesquisa-intervenção como

prática ética, relacional e "desafinada", abrem-se caminhos para imaginar outras formas de pesquisar, cuidar e coexistir, nas quais conhecer é também partilhar poder e reinventar mundos.

Voltando ao tema da interseccionalidade, apresentamos o texto **"Interseccionalidade como ferramenta decolonial de corporalidades dissidentes na academia brasileira."** Ao articular interseccionalidade, decolonialidade e lugar de fala, a autora tensiona a academia brasileira como espaço de poder que historicamente silencia corporalidades dissidentes. A partir da escrita em primeira pessoa e do diálogo com feminismos negros, transfeministas e referenciais importantes, a interseccionalidade emerge como ferramenta política e epistemológica para fissurar hierarquias coloniais e afirmar outras formas de produzir conhecimento, existir e resistir na universidade.

A temática aparece também no ensaio **"Resistências transfeministas: por uma epistemologia da visibilidade."** Nele, analisam-se as múltiplas violências que atravessam as vidas de pessoas trans e as formas de resistência epistêmica produzidas a partir de suas próprias experiências e saberes. Ancorado em produções majoritariamente trans e situado no contexto das políticas de ações afirmativas no ensino superior, o texto problematiza a regulação estatal e biomédica dos corpos, a colonialidade do gênero e da raça, e as disputas por acesso e permanência na universidade, afirmando a produção de uma epistemologia da visibilidade como prática política, acadêmica e de sobrevivência.

O envelhecimento populacional é discutido em **"O envelhecimento no século XXI: por uma agenda decolonial e interseccional para pensar o envelhecimento no contexto brasileiro."** Ao evidenciar como raça, gênero, classe, território e sexualidade produzem velhices desiguais, o texto tensiona abordagens homogêneas e delineia

uma agenda crítica para pensar políticas, cuidados e direitos a partir das experiências concretas dos sujeitos que envelhecem.

No capítulo **"A relação entre saúde bucal e qualidade de vida na população idosa: uma revisão de literatura"**, ao discutir o envelhecimento no Brasil, a autora reflete sobre como a saúde bucal, muitas vezes invisibilizada, impacta diretamente a autonomia, a dignidade e a qualidade de vida dos idosos. Ao articular desigualdades sociais e experiências de envelhecer, o texto convida o leitor a repensar o cuidado em saúde para além do corpo, reconhecendo a boca como dimensão central do bem-estar e da cidadania na velhice.

A partir de uma experiência extensionista em uma comunidade quilombola da Amazônia paraense, o capítulo **"A saúde coletiva como ferramenta de análise para pensar a inclusão social e o pertencimento em uma comunidade quilombola"** mobiliza a Saúde Coletiva como lente analítica para pensar pertencimento, inclusão social e produção de cuidado nos territórios. O texto evidencia o quilombo como espaço vivo de resistência, produção de saúde e afirmação de direitos, tensionando modelos universais e afirmando a centralidade da diversidade na construção do bem viver.

A discussão sobre os desafios da permanência estudantil ganha novas contribuições no texto **"Entre mudanças e permanências: os movimentos do curso de bacharelado em saúde coletiva."** As pessoas autoras examinam os atravessamentos da reforma curricular do Bacharelado em Saúde Coletiva da UFRGS, compreendendo-a como um gesto político de cuidado, equidade e compromisso com o SUS. Ao colocar no centro a experiência do estudante-trabalhador e a permanência estudantil, o texto revela como currículo, formação e acolhimento se entrelaçam na construção de uma universidade pública mais humana, crítica e socialmente implicada.

“Troca de saberes em saúde no Programa Saúde na Escola: cuidados na prevenção e controle de piolhos na rede pública de São Leopoldo” também emerge de um relato de experiência e de evidência na troca de saberes como eixo central das ações de educação em saúde no território escolar. Ao mobilizar metodologias ativas e recursos lúdicos, como o teatro de fantoches, para abordar a prevenção da pediculose, o texto mostra como o diálogo entre saber científico e saber popular fortalece o protagonismo infantil, reduz estigmas e potencializa o cuidado coletivo na escola pública.

Por fim, o texto **“A evolução da Atenção Primária à Saúde em municípios rurais do Rio Grande do Sul”** examina a trajetória da Atenção Primária à Saúde (APS) em municípios rurais do estado gaúcho, evidenciando como a descentralização do SUS, a tipologia rural-urbana e as desigualdades territoriais moldam a organização do cuidado. Ao analisar a expansão da APS e o papel estratégico dos agentes comunitários de saúde, o texto revela avanços, limites e desafios persistentes na garantia do acesso e da equidade em territórios marcados por baixa densidade populacional e restrições estruturais.

Desejamos que esta escrita provoque inquietações e novas perguntas, e seja um convite à reflexão crítica e ao diálogo entre a academia, os serviços, os territórios e os sujeitos. Mais do que oferecer respostas prontas, a obra aposta na construção coletiva de práticas e pesquisas comprometidas com a justiça social, a equidade e o reconhecimento de saberes plurais, contribuindo para uma saúde coletiva antirracista, interseccional e decolonial, enraizada nas complexidades do contexto brasileiro.

MULHERES NEGRAS E EMANCIPAÇÃO: SABERES, RESISTÊNCIAS E PRÁTICAS NO ENFRENTAMENTO AO RACISMO ESTRUTURAL

Iria Santos Vaz
Tatiane Maria Silva Ávila
Aline Blaya Martins

INTRODUÇÃO

A história do feminismo é, também, uma história de silenciamentos. As vozes das mulheres negras, indígenas e periféricas foram, sistematicamente, marginalizadas dentro de um discurso que se pretendia universal, mas que na prática reflete a experiência das mulheres brancas de classe média e alta. O chamado "feminismo hegemônico" – forjado no contexto europeu e reproduzido nas primeiras ondas do feminismo brasileiro – pouco contemplava as singularidades e as intersecções de raça, gênero e classe que estruturam a vida das mulheres negras no país.

Ao longo do século XX e especialmente a partir da redemocratização brasileira, emergem novos modos de ser e de dizer o feminino negro, transformando dor em linguagem, invisibilidade em presença e silêncio em potência política. Nesse contexto, o feminismo negro se afirma como um movimento político, epistêmico e afetivo, que desafia as hierarquias do saber e propõe uma leitura interseccional das opressões – entendendo que gênero, raça e classe não são dimensões isoladas, mas constitutivas (Akotirene, 2019; Davis, 2016).

As mulheres negras que integraram este estudo são herdeiras e continuadoras de uma longa trajetória de resistência e reexistência.

Inspiradas em suas ancestrais que abriram caminhos – como Dandara, Tereza de Benguela, Maria Firmina dos Reis, Laudelina de Campos Melo, Antonieta de Barros e Carolina Maria de Jesus – elas constroem hoje novas práticas emancipatórias, seja nos movimentos sociais, nas universidades, nas organizações comunitárias ou nos espaços de cuidado e saúde coletiva. Cada uma delas carrega, em seu percurso, uma narrativa que é também coletiva: a luta por reconhecimento, dignidade e autonomia.

A escolha de compreender suas trajetórias não se limita a resgatar histórias individuais; propõe refletir sobre as formas pelas quais o racismo institucional e o sexismo estrutural moldam subjetividades e oportunidades – e, sobretudo, sobre como essas mulheres criam estratégias para enfrentá-los. É uma tentativa de deslocar o olhar da vitimização para a potência: as práticas de cura, as redes de solidariedade, a militância e o engajamento político são compreendidos aqui como expressões de saúde e emancipação.

Como destaca Lélia Gonzalez (1984), o Brasil constituiu-se sobre uma violência que se travestiu de cordialidade e democracia racial, mascarando o racismo sob o mito da igualdade. O feminismo negro, ao contrário, desvela esse mito, denuncia a colonialidade das relações sociais e propõe outros modos de existir, baseados na ancestralidade e na coletividade. Assim, refletir sobre as experiências das mulheres negras é também pensar a saúde coletiva sob uma perspectiva decolonial, que reconhece os corpos negros como territórios de saber e resistência.

Neste capítulo, apresentamos um percurso que entrelaça teoria e narrativa, corpo e memória, pesquisa e experiência. Mais do que descrever trajetórias, trata-se de dar visibilidade a epistemologias vivas, que se fazem no cotidiano e que questionam as estruturas do racismo e do patriarcado. O texto busca articular as dimensões

históricas, políticas e afetivas da emancipação feminina negra, compreendendo-a como processo contínuo de reconstrução identitária e de afirmação de direitos.

ENTRE GÊNERO, RAÇA E CLASSE: FUNDAMENTOS DO FEMINISMO NEGRO

Pensar o feminismo negro no Brasil é revisitar a história de um país que insiste em ocultar suas desigualdades sob o véu de uma suposta democracia racial. Desde o período pós-abolição, as mulheres negras carregam o peso simbólico de uma liberdade que nunca se concretizou plenamente. Livres juridicamente, mas aprisionadas social e economicamente, foram destinadas às margens do mundo do trabalho, à informalidade e ao serviço doméstico, espaços marcados pela herança da escravidão.

O feminismo negro surge justamente dessa contradição histórica. Ele nasce do incômodo e da recusa: o incômodo diante do feminismo hegemônico, que não reconhece a especificidade das opressões raciais, e a recusa em aceitar a exclusão dentro dos próprios movimentos sociais. Como lembra Sueli Carneiro (2015), "o feminismo negro é uma crítica radical ao racismo no interior do feminismo e ao sexismo no interior do movimento negro". É, portanto, um duplo enfrentamento, que se faz na encruzilhada entre gênero, raça e classe – e que, por isso mesmo, exige uma teoria e uma prática próprias.

Lélia Gonzalez (1984, 2020) foi pioneira ao afirmar a necessidade de uma epistemologia afro-latino-americana, capaz de traduzir as experiências das mulheres negras do continente. Em sua análise, o Brasil construiu uma narrativa nacional que nega a presença africana, transformando-a em folclore, ao mesmo tempo em que utiliza essa he-

rança como fundamento cultural. Para Gonzalez, compreender o racismo brasileiro requer perceber que ele se manifesta não apenas nas estruturas sociais, mas também nas subjetividades – naquilo que ela chama de "racismo por denegação".

Essa percepção atravessa a vida cotidiana das mulheres negras. Ao serem vistas como corpos servis, hipersexualizados ou subalternizados, são reduzidas a estereótipos que limitam sua humanidade. O feminismo negro propõe a inversão dessa lógica: recuperar o corpo negro como lugar de saber, memória e criação. É um gesto político e poético, como ensina bell hooks (2015), que vê no ato de amar e educar uma forma de resistência contra as pedagogias do medo e da dominação.

Já Djamila Ribeiro (2018), aprofunda essa reflexão ao situar o feminismo negro como projeto democrático, no qual o reconhecimento da diferença é condição para a igualdade. Para ela, falar de "lugar de fala" não significa enclausurar experiências, mas reconhecer as assimetrias históricas e construir, a partir delas, novas possibilidades de diálogo e justiça social. O feminismo negro, portanto, não é apenas uma reivindicação de espaço, mas uma metodologia para repensar o mundo: uma pedagogia da escuta, da coletividade e da dignidade.

No contexto latino-americano, essa perspectiva é ampliada por pensadoras como Ochy Curiel Pichardo, Yuderkys Espinosa Miñoso e, Aurora Vergara Figueroa, que articulam o feminismo decolonial à crítica antirracista. Elas nos lembram que o feminismo, quando descolado da história colonial e das hierarquias raciais que estruturam as Américas, corre o risco de reproduzir o mesmo projeto civilizatório excludente que diz combater. Por isso, pensar a emancipação das mulheres negras é, também, pensar a descolonização do saber e da saúde (Espinosa Miñoso; Curiel Pichardo, 2024).

A saúde coletiva, enquanto campo de conhecimento e prática, tem sido desafiada a reconhecer essas intersecções. As desigualdades raciais não são apenas dados epidemiológicos, mas expressões do modo como o racismo opera na estrutura das políticas públicas, no acesso aos serviços e no imaginário profissional. O corpo negro, muitas vezes, é visto como "outro" – aquele que adoece mais, que sente menos dor e que recebe menos cuidado. O feminismo negro, ao inserir a discussão de raça e gênero na agenda da saúde, propõe uma ética radical do cuidado, baseada na empatia, na representatividade e na escuta das experiências concretas das mulheres negras.

Angela Davis (2016) já apontava que a luta das mulheres negras por emancipação não pode ser dissociada da luta por condições materiais de existência. O enfrentamento ao racismo e ao sexismo deve caminhar junto com o combate à pobreza, à exploração do trabalho e à violência institucional. Assim, o feminismo negro reivindica um projeto de sociedade onde a liberdade não seja privilégio de poucos, mas um direito real e cotidiano.

Nesse sentido, a emancipação feminina negra ultrapassa o discurso sobre empoderamento individual. Ela é coletiva, ancestral e política. Como lembra Grada Kilomba (2019), escrever, falar e ocupar espaços são atos de descolonização – gestos que rompem com o silêncio imposto e que ressignificam a dor como potência criadora. Cada mulher negra que se afirma como sujeito de sua própria história amplia os limites do possível para todas as outras.

A intersecção entre gênero, raça e classe, portanto, não é apenas uma ferramenta analítica, mas uma lente ética que reorienta nossa forma de olhar o mundo. Ela nos convida a repensar as políticas públicas, os modos de ensinar, de pesquisar e de cuidar. Nos convida a compreender que a saúde – física, mental e social – depende também da liberdade de existir plenamente.

É nessa encruzilhada entre teoria e prática, entre dor e invenção, que o feminismo negro se faz presente: como movimento, pensamento e afeto. Ele é, ao mesmo tempo, denúncia e anunciação – denúncia da violência histórica e anunciação de um novo horizonte civilizatório, onde a vida das mulheres negras seja vivível, digna e celebrada.

CAMINHOS METODOLÓGICOS

A pesquisa que dá origem a este capítulo nasce de inquietações que não são apenas acadêmicas, mas existenciais. Como mulher negra inserida em um espaço de produção científica historicamente branco e masculino, o ato de pesquisar se torna também um gesto político: o de construir conhecimento a partir de um lugar que foi, durante séculos, desautorizado. Essa escolha metodológica é, portanto, ética e epistêmica.

Optou-se por uma abordagem qualitativa, por permitir compreender sentidos, experiências e trajetórias em profundidade. Mais do que mensurar dados, trata-se de escutar vozes, e de reconhecer nas narrativas das mulheres negras o território fértil de um saber produzido na vida, no corpo e na memória. As entrevistas, realizadas de forma virtual em 2021, durante o período da pandemia de covid-19, aconteceram em um contexto de isolamento físico, mas de forte conexão afetiva e política.

Foram convidadas mulheres negras atuantes em organizações da sociedade civil, movimentos sociais e coletivos de militância no Rio Grande do Sul. Todas, à sua maneira, constroem ações voltadas à emancipação feminina, ao combate ao racismo institucional e ao fortalecimento da autoestima e da saúde mental das mulheres negras.

A escolha das participantes ocorreu por meio da técnica de amostragem "bola de neve" (Vinuto, 2014), em que cada mulher in-

dicava outra que também desenvolvia trabalhos semelhantes. Essa estratégia, mais do que um recurso técnico, reflete o modo como a solidariedade circula entre as mulheres negras: em redes de confiança, de cuidado e de partilha.

As entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado. Cada encontro foi um espaço de escuta atenta, em que o diálogo se transformou em método. As conversas, de aproximadamente uma hora, foram registradas, transcritas e analisadas a partir da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do SUL (UFRGS), sob o CAEE nº 39900020.8.00005347, parecer nº 4.584.489, em 10 de março de 2021 e respeitou as normativas das Resoluções 196/1996 e 510/2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde.

Os nomes das participantes foram substituídos por nomes simbólicos de mulheres negras históricas – Dandara, Tereza de Benguela, Maria Firmina, Laudelina, Antonieta e Carolina – como forma de homenagem e reatualização das ancestralidades femininas negras que moldaram a história do Brasil. Mais do que pseudônimos, esses nomes funcionam como chaves narrativas que conectam passado e presente, ancestralidade e contemporaneidade. Cada participante carrega algo daquelas mulheres de outrora: a força de Dandara, a liderança de Tereza, a inteligência de Maria Firmina, a sensibilidade política de Antonieta, o engajamento de Laudelina e a potência criadora de Carolina.

A metodologia, portanto, não se restringe a um procedimento técnico, mas assume uma dimensão simbólica. Ela se inscreve no campo das epistemologias negras e feministas, que reconhecem a oralidade, o corpo e a experiência como fontes legítimas de conhecimento. Fazer ciência, aqui, é também narrar o mundo desde o lugar das mulheres negras – e afirmar que esse lugar produz saberes.

MULHERES NEGRAS COMO SUJEITOS DA HISTÓRIA: TRAJETÓRIAS E REFERÊNCIAS

As mulheres negras sempre foram presença fundamental na formação social brasileira, mas por muito tempo lhes foi negado o direito de narrar a própria história. A memória nacional, construída a partir de um olhar eurocêntrico e patriarcal, relegou-as ao lugar de coadjuvantes, quando não de ausência. No entanto, suas trajetórias mostram o contrário: são protagonistas de lutas, de movimentos e de criações que moldaram o país.

Evocar nomes como Dandara dos Palmares, Tereza de Benguela, Maria Firmina dos Reis, Laudelina de Campos Melo, Antonieta de Barros e Carolina Maria de Jesus é mais do que um gesto de homenagem; é um ato político de reescrever a história. Cada uma delas representa uma forma de resistência, um modo singular de transformar adversidades em potência coletiva.

Dandara, companheira de Zumbi, lutou pela liberdade de seu povo no Quilombo dos Palmares, organizando estratégias de defesa e sustentação da comunidade. Sua imagem atravessa os séculos como símbolo de coragem e de liderança feminina em um contexto de violência colonial.

Tereza de Benguela, conhecida como "Rainha Tereza", comandou o Quilombo do Quariterê no Mato Grosso, articulando uma comunidade multiétnica de negros e indígenas que resistiu por mais de vinte anos à escravidão. Sua liderança política e social antecipou o que hoje chamamos de gestão comunitária e economia solidária.

Maria Firmina dos Reis, escritora maranhense do século XIX, rompeu as barreiras impostas às mulheres negras e publicou *Úrsula* (1859), o primeiro romance abolicionista escrito por uma mulher no

Brasil. Sua obra inaugura uma literatura negra feminina que se estende até as autoras contemporâneas.

Laudelina de Campos Melo, por sua vez, foi precursora na organização das trabalhadoras domésticas, fundando, em 1936, o primeiro sindicato da categoria no país. Sua luta deu origem a uma das maiores conquistas das mulheres negras no campo dos direitos trabalhistas.

Antonieta de Barros, professora, jornalista e deputada catarinense, foi a primeira mulher negra a ocupar uma cadeira no Legislativo brasileiro, em 1934. Defendia a educação pública e acreditava que o conhecimento era o caminho para a emancipação das mulheres.

Por fim, Carolina Maria de Jesus, catadora de papel e escritora, transformou seu cotidiano de fome e exclusão em uma poderosa narrativa literária. *Quarto de despejo* (1960) não é apenas um testemunho social, mas uma intervenção política sobre o direito de existir e de narrar.

Essas mulheres – históricas e simbólicas – formam uma constelação de referências que ilumina a trajetória das participantes desta pesquisa. Suas histórias são transmitidas de geração em geração como sementes de resistência. Cada entrevistada reconhece, em alguma medida, essas figuras como parte de sua herança identitária.

Como afirma Conceição Evaristo (2020), "nossas escrevivências não nascem para adormecer nos arquivos". Elas são o lugar onde a memória se faz palavra e a palavra se torna ação. Assim também se constroem as mulheres negras de hoje: entre o gesto e a narrativa, entre o silêncio rompido e a urgência de falar.

VOZES E EXPERIÊNCIAS: ANÁLISE E DISCUSSÃO

As narrativas das mulheres participantes desta pesquisa revelam a complexidade das vivências de quem, ao mesmo tempo em que

luta por direitos, precisa cotidianamente provar sua humanidade. São histórias que se entrelaçam entre a dor e a invenção, entre o peso da exclusão e a leveza da resistência. A escuta atenta de suas trajetórias evidencia que a emancipação feminina negra não é um ponto de chegada, mas um processo contínuo, permeado por contradições, enfrentamentos e reconstruções subjetivas.

A partir da análise das entrevistas, emergiram quatro eixos interpretativos que organizam esta discussão:

A) O não lugar de uma menina negra;

B) Vantagens da articulação com o movimento negro;

C) Estratégias que levam ao protagonismo feminino negro;

D) Mensagens para uma menina negra.

Cada um desses eixos expressa dimensões interligadas de um mesmo percurso: o de mulheres que reinventam seus caminhos mesmo frente às violências históricas que insistem em limitá-los ou até mesmo o interromper.

A) O não lugar de uma menina negra

O "não lugar" aparece como uma categoria simbólica e emocional nas falas das participantes. Trata-se do sentimento de deslocamento vivido desde a infância – um espaço social onde a menina negra é vista, mas não reconhecida; onde está presente, mas não pertence. Esse não lugar se manifesta, sobretudo, na escola, nas relações de amizade e nas experiências de aprendizado.

Dandara, uma das entrevistadas, recorda:

> Dentro da grade curricular nunca se falava das questões raciais. Nada, nunca! Agora, na universidade[...] tinha um grupo de negros e negras, estudantes que se encontravam e discutem algumas temáticas afro, eu participava de alguns encontros, eu indo buscar. É duro! Porque é um processo de não lugar. É como se as pessoas fossem somente corpos biológicos, não corpo social como se dá na sociedade (Dandara).

A escola, microcosmo da sociedade, reproduz desigualdades e silenciamentos. Ao não incorporar as narrativas negras em seus currículos, reforça a ausência simbólica das crianças e jovens negros como sujeitos de conhecimento. Conforme bell hooks (2015), o ambiente educacional que ignora a diversidade racial priva o estudante negro da possibilidade de se ver como portador de saberes e potencialidades.

Por outro lado, a educação também pode ser um instrumento de libertação. Cavalleiro (2001) argumenta que a autoestima e o autoconhecimento da criança negra dependem do reconhecimento de sua história e de sua cultura. Quando a escola, a família e a comunidade afirmam positivamente a identidade negra, tornam-se espaços de reexistência.

A experiência de Laudelina, outra participante, evidencia essa dualidade:

> Uma vez que tive aula sobre questões raciais, foi numa aula de psicologia social, e vocês imaginam há 20 anos atrás […]. A professora deu um texto de como trabalhar com famílias pobres, e a família negra é a que tem a prevalência de ser pobre, isso nunca me sai da cabeça (Laudelina).

A fala revela o quanto a educação brasileira ainda é atravessada por uma lógica racista, que reduz a experiência negra à marginalidade. No entanto, é também nesse contexto que surgem as primeiras fissuras da resistência – o desejo de compreender, de contestar, e de ocupar o espaço que lhes foi negado. Como destaca Munanga (2005), somente a educação crítica e antirracista é capaz de desmantelar os mitos de superioridade racial e de promover a emancipação.

Assim, o "não lugar" deixa de ser apenas ausência para se transformar em território de criação. A partir dele, as mulheres negras constroem novas formas de pertencimento e desenvolvem consciência política. Como disse Carolina, em uma das entrevistas:

> [...] estar envolvido com a militância influencia a autoestima, autonomia e emancipação das mulheres negras. Porque é poder se enxergar, é poder se perceber enquanto um ser capaz de fazer múltiplas coisas (Carolina).

B) Vantagens da articulação com o movimento negro

A inserção no movimento negro foi mencionada por todas as entrevistadas como ponto de virada em suas trajetórias pessoais e políticas. Participar de coletivos, grupos e organizações permitiu que elas se reconhecessem em outras histórias e compreendessem que suas dores não eram individuais, mas estruturais.

Laudelina expressa esse encontro de forma sensível:

> Para a gente se reconhecer como mulher negra é importante estar na organização, como eu disse, antes de entrar nessa organização, eu alisava meu

> cabelo, né?! Lembro que cheguei lá, foi o primeiro espaço que eu vi as mulheres negras com o cabelo natural. Acredito que tem muito a ver com movimento essa questão, falar ao público. O movimento ajudou a me reconstituir como mulher negra (Laudelina).

Esse processo de ressignificação corporal e simbólica revela o poder do pertencimento. O movimento negro funciona como uma escola de afetos e de politização, onde a estética e a ética se unem para reconstruir a autoestima coletiva. Djamila Ribeiro (2018) observa que reconhecer-se negra é um ato político de afirmação, uma escolha de existência que rompe com os padrões de negação herdados do racismo colonial.

A militância, para essas mulheres, é também um exercício de saúde. Cuidar-se, estudar, falar em público e apoiar outras mulheres são práticas que fortalecem o corpo e o espírito. Dandara resume essa experiência:

> Estar envolvida com a militância, como mulher negra, isso influencia na autoestima e na emancipação. É fundamental fazer militância também dentro dos nossos processos profissionais. Militância é o quê? É a luta para uma determinada questão, posso fazer isso escrevendo artigos, posso fazer isso escrevendo um livro. Posso fazer isso dando palestras. É fundamental, e me torna uma profissional que sou hoje… Se dá pela militância (Dandara).

O movimento negro, portanto, não apenas articula ações coletivas, mas produz epistemologias do cuidado. Ele oferece às mulheres

negras um espaço para transformar vulnerabilidade em potência, e sofrimento em solidariedade. Grada Kilomba (2019) descreve esse processo como um gesto de descolonização: falar e agir a partir da própria experiência é recusar o papel de objeto e assumir o lugar de sujeito.

A articulação com o movimento também amplia horizontes políticos. Maria, uma das participantes, afirma:

> Estar envolvido com a militância como mulher negra, isso tem muito a ver com a relação da minha autoestima. Por exemplo, de não ter vergonha de ser negra, de não ter vergonha das minhas características negras (Maria).

Essa dimensão coletiva da emancipação é central. O feminismo negro, ao contrário do discurso neoliberal de "empoderamento individual", reconhece que a libertação só é possível em comunidade. Como lembra Angela Davis (2016), a liberdade de uma mulher negra depende da liberdade de todas as mulheres negras – e de todos os grupos oprimidos.

C) Estratégias que levam ao protagonismo feminino negro

As estratégias narradas pelas participantes são múltiplas e criativas: estudo, solidariedade, espiritualidade, arte, militância, escrita, e economia solidária. Todas apontam para uma ética do fazer coletivo e para um protagonismo que se constrói nas frestas da exclusão.

Carolina reflete sobre isso ao afirmar:

> Eu diria para estudar. Quando eu era criança eu ficava indignada, "como assim, eu nunca vou parar de estudar?" Porque estudar é diferente de tá

> na escola, né. Ir pra escola é uma coisa, estudar é outra (Carolina).

O estudo, nesse sentido, não é apenas formação técnica, mas um ato político e afetivo. Escrever, ler e falar são práticas de emancipação. Conceição Evaristo (2003) já dizia que, quando uma mulher negra da periferia escreve, ela rompe com o lugar que lhe foi reservado pela sociedade. Suas "escrevivências" traduzem uma experiência coletiva e denunciam as violências do racismo e do sexismo.

Outras estratégias mencionadas envolvem o fortalecimento econômico e a autonomia material. Carolina complementa:

> Para mim é urgente que exista um fortalecimento econômico, mesmo que muitas vezes a gente não consiga fazer a troca monetária, mas fazer a troca do produto ou de serviço; então a atuação em rede, pra mim, é nesse sentido. 'Ah, eu posso cuidar e ensinar para as crianças inglês', por exemplo, e em contrapartida tu me paga com sabonete, que assim eu não preciso comprar sabonete, né? Tu tá me pagando. Sabe, alguma coisa nesse sentido, assim (Carolina).

Essas práticas remetem à tradição das economias comunitárias e solidárias criadas pelas mulheres negras desde os tempos coloniais – quituteiras, parteiras, rezadeiras e bordadeiras. São formas de produção de vida e de saber que desafiam a lógica capitalista e patriarcal.

Ao longo da análise, percebe-se que o protagonismo negro se consolida quando as mulheres transformam a experiência de opressão em plataforma de criação. Elas tornam-se referências vivas, multiplicando-se em outras e abrindo caminhos para as que vêm depois.

D) Mensagens para uma menina negra

Nas falas finais, emergem conselhos, afetos e esperanças. São mensagens direcionadas às meninas negras que, como elas, enfrentam o racismo desde cedo. São falas que condensam a sabedoria da experiência e o compromisso com o futuro.

Tereza resume com delicadeza e força:

> Para as meninas negras que gostariam de se emancipar… que contem com outras mulheres, desabafem, falem dos seus sentimentos. Mesmo lutando pelas conquistas, vivam a vida também, sejam felizes, não se cobrem muito. Vivam a vida! Porque o tempo passa (Tereza).

Laudelina acrescenta:

> A gente precisa aprender, escutar, observar, acho que é uma dica […] Eu sempre fui muito observadora e estudiosa sobre as questões. Acho que é importante priorizar, para poder estar cem por cento nos espaços. A pessoa se conhecer, saber se quer estar no espaço. Eu vejo muitas pessoas, elas acabam estando nos espaços mas acabam não trabalhando nesses espaços. Isso faz parte da nossa história, o como que a gente contribui nos lugares (Laudelina).

E Dandara, em tom de encorajamento, completa:

> Eu diria para seguir firme, para se dedicar muito, por conta do conhecimento para estar nos espaços

> seguros. Na busca do conhecimento e emancipação, não se deve ir sozinho. É muito doloroso estar nestes espaços sozinha. Não desistir. Se estiver junto com mais pessoas, esse caminho vai ser menos difícil (Dandara).

Essas vozes, reunidas, formam um coro de resistência e de afeto. Elas falam de cuidado, de partilha e de coletividade – elementos centrais da emancipação feminina negra.

Como lembra bell hooks (2015), ensinar e aprender são gestos de amor político. Cuidar de uma menina negra é cuidar de todo um futuro. Cada palavra dita por essas mulheres ecoa como um antídoto ao silêncio histórico, como lembrete de que a liberdade se constrói em conjunto.

EMANCIPAÇÃO E SAÚDE COLETIVA: REFLEXÕES CRÍTICAS

Pensar a emancipação feminina negra é, necessariamente, pensar a saúde coletiva. Não a saúde entendida apenas como ausência de doença, mas como um processo complexo que envolve o bem-estar integral – físico, mental, social e espiritual – e a análise dos aspectos biológicos, sociais, econômicos, políticos e culturais que moldam as condições de vida das pessoas. A saúde coletiva, nesse sentido, compreende o ser humano em sua totalidade e em relação com o contexto histórico que o atravessa. É nessa ampliação de sentido que as narrativas das mulheres entrevistadas se conectam à luta pela vida em sua dimensão mais ampla e profunda.

O racismo institucional, presente nas estruturas do Estado e nas práticas cotidianas, é um dos determinantes mais cruéis da saúde das mulheres negras. Ele se manifesta na negação de atendimento, na falta de escuta, no despreparo das equipes de saúde e na ausência de políti-

cas públicas que contemplem suas especificidades. Como aponta Sueli Carneiro (2015, 2019), o racismo mata não apenas por violência direta, mas também pela omissão – pela exaustão de existir em uma sociedade que insiste em negar sua humanidade.

As entrevistadas, ao relatarem suas trajetórias, demonstram que a militância e o pertencimento são formas de cuidado. Reunir-se, conversar, dançar, escrever, rir, rezar, ensinar e estudar são práticas que fortalecem a saúde emocional e comunitária. Cada gesto de solidariedade entre mulheres negras é uma forma de reparação simbólica diante das feridas históricas abertas pelo racismo.

Nesse sentido, a militância é também uma estratégia terapêutica. Dandara expressa isso com clareza:

> O desafio é combater o racismo, ficar ensinando as pessoas que não é assim, que esse ato é racismo. Ter com quem dividir, discutir, trocar. O racismo cada um enfrenta de uma forma. Para mim, o racismo por mais dolorido, me impulsiona (Dandara).

O enfrentamento se transforma, assim, em potência vital. bell hooks (2015) nos ensina que a cura é um ato coletivo e que o amor – entendido como ética política – é uma prática revolucionária. Amar-se e amar as outras mulheres negras é resistir a um sistema que as quer divididas, doentes e silenciosas.

A saúde coletiva, ao reconhecer a interseccionalidade como categoria analítica, precisa também reconhecer a interdependência como categoria ética. Ninguém se emancipa sozinho, e ninguém se cura isoladamente. O cuidado, quando atravessado por raça e gênero, exige olhar para os vínculos, para os afetos e para as redes que sustentam a vida.

Essa compreensão amplia o próprio escopo do campo da saúde coletiva, convidando-o a incorporar a escuta sensível das narrativas negras como prática metodológica e política. As experiências dessas mulheres revelam que o enfrentamento ao racismo institucional passa por reconhecer os saberes que nascem nos territórios, nas comunidades, nos coletivos e nas famílias negras.

A emancipação, nesse contexto, é tanto um processo subjetivo quanto estrutural. Subjetiva, uma vez que se dá na reconstrução da autoestima e na afirmação da identidade; e é estrutural porque depende da transformação das instituições que ainda reproduzem desigualdades raciais e de gênero.

Ao propor uma leitura feminista negra da saúde coletiva, este capítulo se alinha a uma epistemologia que valoriza a experiência como fonte legítima de conhecimento. O corpo negro – tantas vezes medicalizado, patologizado e controlado – se converte aqui em fonte de saber, em território político.

O que essas mulheres nos ensinam é que cuidar é resistir. Cuidar de si, da outra, da comunidade, da memória. Em tempos de necropolítica, o cuidado se torna um ato insurgente, uma forma de subverter a lógica da morte e afirmar a vida como princípio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As vozes reunidas neste estudo – Dandara, Tereza, Maria Firmina, Laudelina, Antonieta e Carolina – ecoam as vozes de tantas outras mulheres negras que, antes delas, abriram os caminhos da resistência. Cada uma, com sua história, reitera que emancipar-se é um verbo coletivo, conjugado no plural e no presente.

Ao longo desta pesquisa, tornou-se evidente que as estratégias de emancipação feminina negra são múltiplas, criativas e profundamente enraizadas na coletividade. Elas nascem da experiência cotidiana de exclusão, mas também da esperança e da inventividade. A militância aparece como eixo central – não apenas como prática política, mas como um modo de existir.

A emancipação, aqui, não se resume ao empoderamento individual, nem à conquista de cargos ou espaços de poder. Ela implica reescrever narrativas, ressignificar a dor e criar novas formas de estar no mundo. Implica, sobretudo, reconhecer que o saber das mulheres negras é saber científico, político e espiritual – um saber que cura.

As participantes desta pesquisa mostram que o conhecimento compartilhado entre mulheres é um instrumento de transformação social. Suas trajetórias, marcadas pela ancestralidade e pela luta, iluminam um caminho possível para uma sociedade mais justa. O encontro entre teoria e prática, entre afeto e política, entre corpo e palavra, produz um tipo de conhecimento que rompe com as fronteiras entre a academia e a vida cotidiana.

Como ensina Conceição Evaristo (2020), “nossas escrevivências são nossas formas de estar no mundo”. Este trabalho é também uma escrevivência – um testemunho do que é possível quando o conhecimento acadêmico se abre para o diálogo com as vozes historicamente silenciadas.

As falas das entrevistadas reforçam a importância de fortalecer espaços de militância e de representatividade. Tais espaços funcionam como verdadeiros dispositivos de saúde mental e emocional, nos quais o racismo é nomeado, compreendido e combatido de forma coletiva. A solidariedade entre mulheres negras é, portanto, uma prática de cura e um gesto político de emancipação.

Por fim, este capítulo se encerra reafirmando que a emancipação feminina negra é, antes de tudo, uma forma de restituir o pleno direito a uma vida digna. Pensar a emancipação é também reconhecer o racismo estrutural como um determinante social da saúde que adoece corpos, enfraquece vínculos e naturaliza desigualdades. A saúde coletiva, nesse contexto, precisa ser compreendida como um campo político de enfrentamento às violências históricas, capaz de articular saberes, práticas e políticas públicas orientadas pela justiça social e racial. Emancipar-se, portanto, é romper o ciclo de exclusão imposto pelo racismo e pelo sexismo, reconstruindo-se como sujeito ativo de direitos, de fala e de história.

Contudo, nenhuma mulher negra deve carregar sozinha o fardo dessa transformação. A luta pela emancipação e pela equidade em saúde é uma tarefa coletiva, que convoca toda a sociedade a enfrentar de forma concreta as raízes do racismo estrutural e do patriarcado. Somente o engajamento solidário e a corresponsabilidade social podem sustentar um projeto emancipatório de fato, no qual o direito à saúde, à dignidade e à vida sejam universais e inegociáveis. Que este compromisso coletivo nos impulsione a seguir, como as mulheres negras que inspiraram esta pesquisa, transformando dor em movimento, resistência em vida e emancipação em horizonte comum.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade.** São Paulo: Pólen, 2019. (Feminismos Plurais).

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

CARNEIRO, S. Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. In: HOLANDA,

Heloísa Buarque de (org.). **Pensamento feminista: conceitos fundamentais.** Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019. p. 313-323.

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

CAVALLEIRO, E. S. dos. **Do silêncio do lar ao silêncio escolar: racismo, preconceito e discriminação na educação infantil.** São Paulo: Contexto, 2001.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. Tradução de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016.

ESPINOSA MIÑOSO, Y.; CURIEL PICHARDO, O. A brief mapping of identity politics: the anti-racist feminist and Afro-descendant women's movement in Ladino Amefrica. **Tapuya: Latin American Science, Technology and Society,** [S.l.], v. 7, n. 1, p. e2336776, 2024. DOI: 10.1080/25729861.2024.2336776.

EVARISTO, C. **Escrevivências: identidade, gênero e raça.** Belo Horizonte: Mazza Edições, 2020.

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

GONZALEZ, L. **Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos.** Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GONZALEZ, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista ciências sociais hoje**, v. 2, n. 1, p. 223-244. 1984. Disponível em: https://elizabethruano.com/wp-content/uploads/2019/07/Gonzales-1984-Racismo-e-Sexismo-na-Cultura-Brasileira.pdf. Acesso em: 05 out. 2025.

HOOKS, B. **Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade**. Tradução de Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2015.

KILOMBA, G. **Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano**. Tradução de Jess Oliveira. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

MUNANGA, K. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil: identidade nacional versus identidade negra.** Petrópolis: Vozes, 2005.

RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.

VINUTO, J. A amostragem bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas, Campinas,** v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.

GÊNERO, RAÇA, CLASSE E SAÚDE MATERNA: INTERSECCIONALIDADE E DESIGUALDADES

Laura Tilwitz Silva
Jéssica Teles Schlemmer

INTRODUÇÃO

A temática da interseccionalidade tem se consolidado como uma ferramenta analítica indispensável para a compreensão das desigualdades sociais contemporâneas, especialmente no campo da saúde sexual e reprodutiva. Desenvolvida a partir de epistemologias feministas negras, essa abordagem permite problematizar como sistemas de opressão tais como racismo, machismo, cisheteronormatividade e colonialismo não operam de forma isolada, mas interagem e se sobrepõem, gerando experiências específicas de vulnerabilização.

Esta perspectiva é fundamental para desnaturalizar as iniquidades, mostrando que elas não são acidentais, mas produtos de uma estrutura social profundamente enraizada e que necessita ser constantemente desmontada através da análise crítica e da ação política direcionada. A obra "Concepção, Gravidez, Parto e Pós-parto: Perspectivas Feministas e Interseccionais" produzida pelo Instituto Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo oferece um panorama crítico sobre as formas como essas estruturas de poder atravessam o corpo das mulheres, especialmente das mulheres negras, indígenas e pessoas transmasculinas, tensionando os limites das políticas públicas e dos modelos tradicionais de cuidado em saúde. A partir da leitura do livro e em diálogo com autoras como Carla Akotirene (2019), Heleieth Saffioti (2004), Helena

Hirata (2014), Patricia Hill Collins e Sirma Bilge (2019), esta resenha busca refletir sobre como a interseccionalidade pode (e deve) ser mobilizada para compreender as injustiças reprodutivas e promover práticas emancipadoras no campo da saúde coletiva.

O QUE É INTERSECCIONALIDADE?

É possível definir a interseccionalidade como uma forma de compreender que diferentes relações de poder se cruzam e afetam tanto as vivências individuais cotidianas como a própria organização da sociedade. Como uma ferramenta de análise, a interseccionalidade considera categorias como raça, classe, gênero, nacionalidade, capacidade, etnia e idade, entre outras, como inter-relacionadas (Collins; Bilge, 2021).

Collins (2021) destaca que o principal entendimento da interseccionalidade é de que essas relações de poder que envolvem raça/etnia, classe, gênero, sexualidade, idade e capacidade não se manifestam como entidades distintas e mutuamente excludentes, mas sim se sobrepõem e funcionam de uma forma unificada. Essas relações de poder interseccionais são, por muitas vezes, invisíveis e não somente afetam como influenciam as relações sociais em sociedades que são marcadas pela diversidade (Collins; Bilge, 2021). Essa invisibilidade é justamente um dos mecanismos de perpetuação do poder, pois as estruturas opressivas se naturalizam a ponto de serem percebidas como parte da ordem normal das coisas, dificultando seu reconhecimento e, consequentemente, seu combate.

O termo "interseccionalidade" foi cunhado pela jurista afro-americana Kimberlé W. Crenshaw em 1989, emergindo da crítica feminista negra às leis antidiscriminação. Crenshaw o desenvolveu como um conceito da teoria crítica da raça. Embora o termo tenha sido cunha-

do em 1989, seu uso ganhou popularidade acadêmica e se tornou um "conceito-chave" após a Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Conexas de Intolerância, em Durban, na África do Sul, em 2001. Para Crenshaw, a interseccionalidade permite enxergar a colisão de estruturas e a interação simultânea das "avenidas identitárias", além de apontar o fracasso no feminismo e no movimento negro em contemplar a totalidade das experiências das mulheres negras devido à reprodução do racismo e do machismo, respectivamente (Akotirene, 2019). Esse apontamento crítico foi crucial para evidenciar as limitações de movimentos sociais que, ao não incorporarem uma visão interseccional, acabavam por reproduzir lógicas excludentes em seu interior, fragmentando lutas que deveriam ser solidárias e comprometendo a eficácia de suas reivindicações por justiça social.

O conceito de interseccionalidade propõe levar em conta as múltiplas fontes de identidade, sem a pretensão de ser uma nova teoria globalizante. Ele refuta o confinamento e a hierarquização dos grandes eixos da diferenciação social- como sexo, gênero, classe, raça, idade, deficiência e sexualidade-, postulando a interação dessas categorias na produção e reprodução de desigualdades sociais, rejeitando a ideia de hierarquização de opressões (Hirata, 2014).

Como ferramenta analítica, a interseccionalidade pode assumir diferentes formas para abordar uma variedade de questões, sendo de suma importância para desvendar estruturas de opressão, oferecendo explicações que vão além de um mero resumo descritivo. Não se trata somente de múltiplas identidades, mas de uma lente analítica sobre a interação estrutural e seus efeitos políticos, evidenciando como e quando as mulheres negras são discriminadas e mais frequentemente posicionadas nas avenidas identitárias que as tornam vulneráveis à colisão dessas (Collins; Bilge, 2021; Akotirene, 2019). Portanto, seu valor está em conectar

a microexperiência individual a macrossistemas de poder, demonstrando como o pessoal é, de fato, profundamente político e estrutural.

A interseccionalidade tem suas raízes no Feminismo Negro do final dos anos 1970. Entretanto, pensadoras como Sojourner Truth já articulavam discursivamente as estruturas de racismo, capitalismo, cisheteropatriarcado e etarismo no século XIX (Akotirene, 2019). Apesar da sua ampla difusão desde então, o conceito enfrenta diversos debates e críticas. A socióloga francesa Danièle Kergoat, por exemplo, propôs o conceito de "consubstancialidade" no final dos anos 1970 para abordar a articulação entre sexo, classe social e, posteriormente, raça. Kergoat critica a noção geométrica da interseccionalidade de Crenshaw, argumentando que a multiplicidade de categorias pode mascarar as relações sociais e que as posições não são fixas, mas dinâmicas e em perpétua evolução (Hirata, 2014). Essa crítica enriquece o debate ao alertar para o risco de um uso estático e catalogador das categorias, em detrimento da análise das relações sociais concretas e em constante transformação que as produzem.

Outra preocupação acerca do tema reside no uso contemporâneo da interseccionalidade, como trampolim para carreiras acadêmicas europeias, bem como para a consolidação de branquitudes brasileiras, o que pode levar a uma apropriação indevida do conceito, esvaziando sua riqueza e retirando o paradigma afrocêntrico que o originou. Carla Akotirene (2019) aponta que o neoliberalismo se apropria do conceito, especialmente no campo do Direito, onde é usado para criminalizar pessoas negras e defender encarceramentos, contrariando as bases epistemológicas do feminismo negro abolicionista defendido por Angela Davis. Esse é um paradoxo perverso: um instrumento conceitual forjado para a libertação é cooptado para servir a lógicas de controle e punição, destacando a importância de se resguardar o caráter radical e emancipatório da interseccionalidade frente às estruturas de poder vigentes.

Nesse contexto, podemos dizer que a interseccionalidade é uma abordagem complexa que emerge do feminismo negro para analisar como as múltiplas categorias se interligam para produzir e reproduzir desigualdades e opressões – principalmente, mas não exclusivamente, para mulheres negras -, sendo indispensável para a compreensão de fenômenos sociais como a injustiça, a violência e a exclusão. Sua aplicação permite desvelar as engrenagens do poder que permanecem ocultas sob uma aparente neutralidade, exigindo um compromisso constante com a descolonização do conhecimento e com a práxis transformadora.

RELAÇÕES DE PODER E AS DIVERSAS FORMAS DE DESIGUALDADES

Collins e Bilge (2021), afirmam que as relações de poder são dependentes de certas práticas organizacionais que, embora sejam variáveis, são duráveis. As autoras apresentam quatro domínios de poder que definem essas práticas organizacionais, os quais são distintos, mas interconectados: o domínio estrutural, o cultural, o disciplinar e o interpessoal. A análise desses domínios em conjunto oferece um mapa dinâmico do funcionamento do poder, mostrando como ele se manifesta desde a macroestrutura até a microdinâmica das relações cotidianas.

O domínio estrutural do poder diz respeito às bases organizacionais das instituições sociais – como o mercado de trabalho, o sistema habitacional, a educação e os serviços de saúde – que sustentam e reproduzem desigualdades. O domínio cultural do poder, por sua vez, destaca o papel central das ideias, valores e representações na legitimação das relações de poder. Esse domínio contribui para a construção e disseminação de uma narrativa de justiça que afirma, de forma ilusória, que todas as pessoas teriam acesso equitativo às oportunidades nas instituições sociais, que a competição seria isenta de privilégios e

que os resultados de quem vence e quem perde refletem critérios justos (Collins; Bilge, 2021) Essa narrativa, ao negar a existência de barreiras estruturais, culpabiliza individualmente os oprimidos por seu fracasso, mascarando a violência sistêmica que os atinge.

Já o domínio disciplinar do poder refere-se à forma como regras e normas são aplicadas, de maneira equitativa ou discriminatória, com base em marcadores sociais como raça, gênero, sexualidade, classe, idade, deficiência e nacionalidade. Nesse domínio, indivíduos e grupos são constantemente "disciplinados" para se adequarem ou desafiarem *o status quo*, muitas vezes não por coerção direta, mas por meio de práticas disciplinares que são, acima de tudo, naturalizadas (Collins; Bilge, 2021). A medicalização de corpos dissidentes e a vigilância sobre a sexualidade feminina e negra são exemplos claros desse domínio disciplinar em ação no campo da saúde.

Por fim, o domínio interpessoal do poder diz respeito à vivência concreta dos indivíduos na intersecção dos domínios estrutural, cultural e disciplinar, revelando como o poder é experienciado nas relações cotidianas e como ele contribui para a constituição de identidades interseccionais de raça, classe, gênero, sexualidade, nacionalidade e idade que organizam e influenciam as interações sociais (Collins; Bilge, 2021). É nesse nível que a opressão se torna visceral, moldando subjetividades e definindo possibilidades de existência, ao mesmo tempo que pode ser o palco para resistências e ressignificações.

Nesse contexto, a desigualdade econômica constitui um problema social urgente, com tendência de agravamento em escala global desde os anos 1990. Em 2014, dados indicaram que 70% da população mundial vivia em contextos marcados por crescente concentração de renda e riqueza nas mãos de uma elite global restrita. Tal cenário evidencia não apenas disparidades econômicas, mas também estruturas de

opressão articuladas a partir de categorias como raça, classe, gênero, idade e estatuto migratório (Collins; Bilge, 2021). A financeirização da economia e as políticas de austeridade aprofundaram esse cenário, transferindo riqueza para o topo da pirâmide social às custas do empobrecimento massivo das bases, onde se concentram os corpos racializados e feminizados.

A interseccionalidade, enquanto ferramenta analítica, revela como esses marcadores sociais operam simultaneamente na constituição de vulnerabilidades econômicas. Grupos sociais historicamente marginalizados como mulheres, pessoas negras, jovens e habitantes de zonas rurais são desproporcionalmente afetados pela precarização das condições de vida e trabalho. A exclusão do mercado formal, a desvalorização do trabalho informal, a disparidade salarial e o acesso limitado a benefícios e direitos são expressões materiais dessas desigualdades interseccionais (Collins; Bilge, 2021). Um exemplo disso é a chamada Nova Divisão Internacional do Trabalho (NDIT) que consistiu na transferência de indústrias para países periféricos com o objetivo de explorar mão de obra mais barata, o que, longe de representar uma estratégia de emancipação, aprofundou a lógica de exploração e subordinação de corpos racializados e feminizados. Esse processo consolidou a feminização da pobreza, ao mesmo tempo em que reforçou uma nova ordem colonial marcada por desigualdades entre mulheres, atravessadas por classe, raça, nacionalidade e localização geopolítica (Federici, 2019). Dessa forma, a NDIT não é um fenômeno meramente econômico, mas um processo de reorganização global da exploração, que atualiza hierarquias coloniais de raça e gênero sob um novo desenho geopolítico.

Nesse sentido, conforme destacado por Collins e Bilge (2021), a teoria feminista interseccional, representada por autoras como Zillah Eisenstein, propõe que classe e capitalismo são, por definição, interseccio-

nais, exigindo análises que contemplem a multiplicidade das opressões e suas imbricações na produção das desigualdades não apenas econômicas, mas como também sociais. Essa perspectiva amplia a compreensão dos efeitos do neoliberalismo e do papel dos Estados-nação, cujas políticas públicas – orientadas pela lógica do mercado – frequentemente agravam as iniquidades ao promover cortes em investimentos sociais, desregulamentação de direitos trabalhistas e enfraquecimento de instituições públicas. O Estado, nesse contexto, longe de ser neutro, atua frequentemente como um agente ativo na reprodução das desigualdades, ao priorizar o capital em detrimento da garantia de direitos sociais fundamentais.

Outro ponto importante a ser discutido é o patriarcado. De acordo com Heleieth Saffioti (2004), a compreensão da violência de gênero como fenômeno isolado é insuficiente diante da complexidade dos sistemas de dominação e opressão que a atravessam. Em sua obra, a autora analisa de forma articulada as inter-relações entre gênero, patriarcado, poder, raça/etnia, exploração-dominação, igualdade, identidade e democracia, demonstrando como essas categorias estão imbricadas na manutenção das desigualdades estruturais. Essa abordagem amplia o olhar para além das manifestações individuais da violência, evidenciando que mulheres de diferentes origens sociais, raciais e étnicas vivenciam opressões de maneiras distintas, condicionadas por múltiplos marcadores sociais. Saffioti (2004) nos ensina que o patriarcado não é um sistema autônomo, mas uma estrutura que se consolida e adquire sua forma específica em cada contexto histórico através de sua articulação com o racismo e o capitalismo.

Saffioti (2004) contribui para essa análise ao apresentar, de forma didática, os conceitos centrais que sustentam a crítica à desigualdade de gênero. Sua leitura propõe a superação de abordagens fragmentadas, ao enfatizar que a violência contra as mulheres não pode ser compreendida fora

do contexto das estruturas de poder que moldam as relações sociais. Nesse sentido, a autora reforça que a violência de gênero é um fenômeno social sistêmico, e não um problema individual ou pontual. O silenciamento que recobre esses casos, muitas vezes justificado pela preservação da instituição familiar ou pela vergonha social é, na verdade, um mecanismo que contribui para a naturalização da violência e para a manutenção do *status quo*. Assim, a crítica feminista interseccional abordada por Saffioti evidencia que romper com esse ciclo exige não apenas visibilidade, mas também a transformação das estruturas sociais que o sustentam.

DESIGUALDADE REPRODUTIVA

A interseccionalidade revela de maneira contundente as múltiplas formas de opressão vivenciadas por mulheres negras no Brasil, cuja trajetória histórica está marcada pela herança escravocrata e pelas persistentes desigualdades de gênero e raça. A hipersexualização, a objetificação dos corpos e os estereótipos racistas perpetuam violências estruturais que se expressam, entre outros campos, no acesso desigual à educação, ao mercado de trabalho e à participação política. No que diz respeito à saúde, essas desigualdades se tornam ainda mais evidentes: mulheres negras recebem uma assistência precária, são mais expostas à violência obstétrica e apresentam piores índices de mortalidade materna, refletindo um sistema de saúde que reproduz práticas racistas e sexistas. Entre 2014 e 2019, a taxa de mortalidade materna entre mulheres negras foi de oito óbitos a mais por 100 mil nascidos vivos em comparação com mulheres brancas, sinalizando um abismo racial na assistência à saúde materno-infantil (Brasil, 2024).

Apesar de terem ocorrido importantes mudanças e melhorias na atenção pré-natal, bem como na redução da mortalidade materna após a criação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil,

algumas desigualdades ainda permanecem (Leal *et al*., 2018). No âmbito do cuidado pré-natal, as mulheres negras possuem consistentemente piores indicadores de acesso a um pré-natal adequado, quando comparadas às mulheres brancas. Em 2014, apenas 59% das mulheres negras acessaram cuidados pré-natais considerados adequados, enquanto para as mulheres brancas, o acesso foi de 76,1%. Já em 2020, no primeiro ano da pandemia de Covid-19, houve uma piora geral na realização das consultas de pré-natal. Entretanto, essa piora foi mais acentuada no grupo das mulheres negras, o qual a queda na proporção de gestações com pré-natal adequado foi mais que o dobro para estas mulheres (1,44%) em relação às mulheres brancas (0,54%) (Coelho *et al*., 2022).

Paralelamente às disparidades raciais, a disparidade de renda também é um fator que revela grandes iniquidades no cuidado materno-infantil no Brasil. Tanto o início precoce do pré-natal -primeira consulta até a 12ª semana de gestação- quanto a realização do número adequado de consultas são significativamente mais frequentes entre gestantes com maior poder aquisitivo, e essa distância entre os grupos de mulheres de maior e menor nível socioeconômico tem se mantido estável ao longo dos anos (Bertoldi; Maia; França, 2019; Leite *et al.*, 2014). Dados da última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) realizada em 2006, mostram essa realidade, em que 80,1% das mulheres do quintil mais pobre iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, enquanto essa realidade ocorreu para 94,7% das mulheres pertencentes ao quintil mais rico. Ainda, apenas 67,5% das mulheres de menor nível socioeconômico conseguiram comparecer a pelo menos 6 consultas de pré-natal (Bertoldi; Maia; França, 2019).

Além disso, a análise interseccional também permite compreender as experiências de gestação de corpos transmasculinos, frequentemente invisibilizados nas políticas públicas e nas práticas de saúde. A maternidade transmasculina desafia a lógica binária de gêne-

ro e questiona os discursos normativos que vinculam exclusivamente à maternidade à identidade de mulher cisgênera. O sistema de saúde brasileiro, embora apresente avanços pontuais em termos de inclusão, ainda está despreparado para acolher essas vivências com a sensibilidade e o cuidado que requerem. A forma como os serviços lidam com corpos que têm útero, ovários e genitálias tradicionalmente associadas ao feminino, mas que pertencem a pessoas que se identificam com o gênero masculino ou pessoas não binárias, revela tanto as limitações institucionais quanto a urgência de um modelo de cuidado que reconheça e respeite as múltiplas expressões de gênero (São Paulo, 2024).

Dessa maneira, a interseccionalidade se mostra fundamental para compreender os impactos específicos das desigualdades estruturais sobre diferentes grupos, expondo como o racismo, o machismo, a cisheteronormatividade e todas as outras formas de dominação operam de forma conjunta para produzir desigualdades materiais, simbólicas e institucionais no campo da saúde e da reprodução.

A leitura interseccional das desigualdades reprodutivas evidencia que a precariedade no acesso ao pré-natal, à assistência ao parto e ao acompanhamento na atenção básica não pode ser enfrentada apenas por meio de ações técnicas ou melhorias pontuais nos serviços de saúde. Ainda que fundamentais, tais medidas permanecem limitadas se desconsiderarem as múltiplas formas conjugadas de opressão que estruturam a vida das mulheres negras, pobres e periféricas. Como discutido ao longo desta resenha, as experiências dessas mulheres são atravessadas por um racismo institucional que desumaniza seus corpos e naturaliza a violência obstétrica, por relações de gênero marcadas pelo controle e pelo silenciamento, e por uma lógica neoliberal que transforma direitos em privilégios.

Essa realidade evidencia que a interseccionalidade é crucial para compreender que os impactos do racismo, do machismo e das

desigualdades de classe se cruzam de forma a amplificar a vulnerabilidade dessas mulheres. A análise interseccional permite enxergar que a saúde materna não se limita à ausência de doença, mas está profundamente imbricada com fatores históricos, sociais e políticos que moldam o cuidado, o reconhecimento social e a possibilidade de exercício da autonomia reprodutiva. Reconhecer esses cruzamentos significa também entender que a marginalização não é episódica, mas estruturante, constituindo barreiras persistentes que atravessam gerações. Esse olhar crítico propicia não apenas a visibilidade das desigualdades, mas também a compreensão das estratégias de resistência, da solidariedade comunitária e das formas de agência que emergem frente à opressão estrutural.

Ao adotar a interseccionalidade como ferramenta de análise e intervenção, torna-se evidente que a transformação do cuidado à saúde materna exige muito mais do que ajustes técnicos. Ela requer uma mudança profunda na forma como os serviços, as políticas públicas e a sociedade em geral percebem e respondem às desigualdades. Essa abordagem nos permite enxergar a complexidade das opressões sobrepostas, refletindo sobre como raça, classe, gênero, territorialidade e identidade de gênero se articulam para produzir exclusão e marginalização. Reconhecer essas conexões é fundamental para pensar estratégias de ação que não apenas visem reduzir estatísticas, mas promovam justiça social, equidade e autonomia para grupos historicamente invisibilizados. A interseccionalidade, nesse sentido, não é apenas um conceito teórico, mas um convite à reconfiguração ética, política e social das práticas de cuidado, da pesquisa e da elaboração de políticas públicas, valorizando o conhecimento situado das populações afetadas e a construção coletiva de alternativas que transcendam a lógica da mera assistência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É urgente deslocar o olhar da responsabilização individual para uma crítica estruturante das desigualdades. Isso implica reconhecer que a morte materna, a desatenção no pré-natal ou a exclusão de corpos dissidentes do cuidado reprodutivo não são meras falhas do sistema, mas expressões de um projeto político que desvaloriza ou até mesmo impossibilita a existência de certas vidas em função de sua raça, classe, gênero e território. A interseccionalidade, nesse contexto, não é apenas uma teoria, mas um convite à ação verdadeiramente transformadora, capaz de reorganizar as formas de cuidado, de pesquisa e da política pública a partir das margens. Como apontam as autoras analisadas, é a partir dessas margens que se constroem alternativas éticas e coletivas para um cuidado verdadeiramente integral e emancipador.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade.** São Paulo: Pólen, 2019. (Feminismos Plurais).

BERTOLDI, A. D.; MAIA, M. de F. S.; FRANÇA, G. V. de A. **Desigualdades em saúde materno-infantil no Brasil**: 20 anos de progresso. Pelotas: UFPel, 2019.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Instituto Saúde. **Concepção, gravidez, parto e pós-parto:** perspectivas feministas e interseccionais. Organização: Fabiana Santos Lucena; Angela Amanda Nunes Rios; Luana Beatriz Lemes; Marian Salles Gomes Bellamy. São Paulo: Instituto de Saúde, 2024. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/temas35-concepcaogravidezpartoeposparto_digital.pdf. Acesso em: 7 set. 2025.

COELHO, R.; MREJEN, M.; REMÉDIOS, J. E G.; CAMPOS**. Desigualdades raciais na saúde**: cuidados pré-natais e mortalidade materna no Brasil, 2014-2020. Nota técnica n. 27. São Paulo: IEPS, 2022. Disponível em: https://ieps.org.br/nota-tecnica-27/. Acesso em: 7 set. 2025.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2021.

FEDERICI, S. **O ponto zero da revolução:** Trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. Editora: Elefante. São Paulo: Elefante, 2019. Tradução: Coletivo Sycorax. Disponível em: http://coletivosycorax.org/wp-content/uploads/2019/09/Opontozerodarevolucao_WEB.pdf. Acesso em: 7 set. 2025.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça: Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo social,** v. 26, p. 61-73, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ts/a/LhNLNH6YJB5HVJ6vnGpLgHz/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 7 set. 2025.

LEAL, M. do C. *et al.* Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, jun. 2018.

LEITE, F. M. C. *et al*. A influência das características socioeconômicas no perfil obstétrico de puérperas. **Aquichan**, v. 14, n. 4, p. 571–581, 2014.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004. (Coleção Brasil Urgente).

DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: UMA ANÁLISE INTERSECCIONAL DAS BARREIRAS AO ACESSO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E À ATIVIDADE FÍSICA

Anna Cláudia Oliveira Santos
Luciane Maria Pilotto

INTRODUÇÃO

A saúde da população negra no Brasil é marcada por profundas disparidades, reflexo de um histórico de exclusão social e racismo estrutural que ainda impacta o acesso, a qualidade e os desfechos dos atendimentos em saúde. Historicamente, a persistência desse quadro é explicada por autores como Clóvis Moura (2014), que, em sua *Dialética Radical do Brasil Negro*, argumenta que o racismo é uma das bases formadoras da nação, não um mero resquício do passado. De acordo com Moura (2014), a abolição, desacompanhada de reparação e seguida por leis como a Lei de Terras (1850), lançou o negro à periferia do sistema capitalista, onde as desigualdades social e a racial se fundem para reproduzir a exploração de classe. Nessa perspectiva, o racismo não é encarado como um ato patológico ou individual, mas como um elemento que integra a organização econômica e política da sociedade, sendo a manifestação "normal" das relações sociais brasileiras (Almeida, 2019). Suas raízes estão na própria fundação do país, onde a escravidão criou a raça como um mecanismo de subordinação essencial para a consolidação do sistema capitalista.

De acordo com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), pessoas negras, especialmente mulheres, enfrentam

maiores taxas de morbimortalidade, dificuldades de diagnóstico precoce e barreiras ao cuidado integral. Essas iniquidades se estendem a dimensões fundamentais da vida cotidiana, como a alimentação e a prática de atividade física. Este capítulo tem como objetivo analisar a determinação social da saúde da população negra, investigando como o racismo estrutural configura barreiras interseccionais ao acesso à alimentação adequada e à prática regular de atividade física, com foco nas experiências de pessoas negras em contexto comunitário em Porto Alegre (Brasil**,** 2017).

A prática regular de atividade física é reconhecida como essencial para a prevenção de doenças crônicas e para a promoção da saúde. No entanto, para a população negra, esse acesso é limitado por barreiras sistêmicas que transcendem as escolhas individuais. Tais barreiras estão enraizadas em determinantes sociais que perpetuam iniquidades, quais sejam: desde a falta de infraestrutura em territórios periféricos até a discriminação racial em espaços de lazer e saúde. Nesse contexto, a inatividade física deixa de ser um comportamento individual para tornar-se uma exposição imposta pela segregação espacial e pelo racismo institucional.

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE OU DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE: UM CONTRAPONTO TEÓRICO

Para compreender esses processos que interferem de forma diferenciada e injusta em alguns grupos populacionais, é fundamental diferenciar os conceitos de determinantes sociais da saúde e determinação social da saúde. O modelo dos determinantes sociais da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991), amplamente difundido e adotado por autores como George (2011), organiza os fatores que influenciam a saúde em camadas concêntricas, partindo das características dos indivíduos no centro estendendo-se até as condições socioeconômicas mais amplas. Conforme George (2011) explica, este modelo agrupa os

determinantes em cinco categorias: biológicos (idade, sexo, genética), estilos de vida (alimentação, atividade física, tabagismo, álcool); acesso a serviços (educação, saúde, transporte, lazer);econômicos e sociais (estrato social, emprego, pobreza, exclusão) e ambientais (qualidade do ar, água, ambiente social).

Esta abordagem, embora reconheça a importância dos fatores sociais, tende a uma perspectiva mais descritiva e multicausal, enfatizando como diversos fatores influenciam o processo saúde-doença, sem, necessariamente, aprofundar-se nas estruturas políticas e econômicas que geram as desigualdades. Este modelo tende a tratar os determinantes de forma independente e passíveis de intervenções separadas, sem enfrentar em seu cerne a origem das iniquidades. Em contraponto, a teoria da determinação social da saúde, desenvolvida pela tradição latino-americana da Medicina Social com autores como Asa Cristina Laurell e Jaime Breilh, avança em uma perspectiva crítica e histórica. Conforme Laurell (1982), o processo saúde-doença não é simplesmente influenciado por fatores sociais, mas é socialmente determinado. Isto é, as formas de organização social e econômica, o modo de produção capitalista, definem estruturalmente o perfil de saúde e doença de uma coletividade. A autora defende a inseparabilidade entre o biológico e o social, campo no qual as doenças se expressam individualmente em corpos, mas são produzidas coletivamente pela sociedade. Na mesma linha, Breilh (2006), com sua teoria da determinação social da saúde, propõe uma tríade analítica que avança na compreensão desses processos:

- A reprodução social: o contexto macro das estruturas econômicas e políticas que geram desigualdade;
- A reprodução da força de trabalho: as condições e modos de vida concretos (trabalho, habitação, alimentação) que afetam grupos específicos;

- A reprodução biológica: a maneira como os processos anteriores se materializam no corpo individual, gerando perfis epidemiológicos distintos entre classes e grupos sociais.

Breilh (2006) sintetiza que o processo saúde-doença é um reflexo da forma de organização social, um produto histórico-social que expressa as contradições de classe.

Esta distinção teórica é crucial para analisar as barreiras que a população negra enfrenta. Enquanto a abordagem de Dahlgren e Whitehead nos permitiria catalogar fatores como falta de infraestrutura, discriminação racial e baixa renda como determinantes que influenciam a saúde, a perspectiva de Laurell e Breilh nos permite compreender como o racismo estrutura essas iniquidades de forma determinante, sendo parte constitutiva da organização social que produz e distribui desigualmente o adoecimento. Dessa forma, o racismo opera como um eixo organizador que atravessa as dimensões geral, particular e singular da vida, definindo quem tem direito à saúde e quem é exposto precocemente à morte.

Essa perspectiva dialoga com o pensamento interseccional de Patricia Hill Collins (2016), que analisa como sistemas interligados de poder como racismo, capitalismo, patriarcado, moldam experiências de dominação e privilégio. Breilh, em suas obras, já articulava como classe, etnia e gênero são eixos estruturantes das iniquidades em saúde (Breilh, 2006), fornecendo uma base materialista para a análise que Collins posteriormente ampliaria. Essas categorias não devem ser vistas isoladamente, mas como sistemas interdependentes de dominação (Collins, 2016). Carla Akotirene (2019) reforça que o racismo, o sexismo e a exploração econômica produzem uma “encruzilhada interseccional”, na qual mulheres

negras ocupam o ponto mais vulnerável. Incorporar esses marcos teóricos permite analisar as barreiras alimentares e à atividade física não como fatores isolados, mas como expressões da determinação social da saúde de um grupo racializado em uma sociedade estruturalmente desigual.

RACISMO COMO DETERMINANTE ESTRUTURAL DA SAÚDE E DO AMBIENTE ALIMENTAR

Quando consideramos os impactos do racismo na saúde da população negra, a discussão assume contornos específicos. Conforme Barbosa (2022), o racismo opera como um determinante social fundamental, moldando desigualdades no acesso a serviços de saúde, nas condições de vida e trabalho, e nos processos de atenção e cuidado. É necessário considerar como as estruturas sociais influenciam diferenciadamente os indivíduos, a depender de sua posição na hierarquia social . Importante destacar que, ao focar na população negra, não se trata de uma distinção biológica essencializada, mas do impacto de uma sociedade estruturada pelo racismo, que restringe o acesso a condições dignas de moradia, trabalho e assistência à saúde. Conforme Barbosa (2022), fatores como o patriarcado, a exploração de classe e o racismo determinam como indivíduos negros, indígenas e ciganos são atendidos nos serviços de saúde, influenciando desde o diagnóstico até o tratamento.

Essa realidade, somada à violência e à renda insuficiente, cria um ciclo vicioso em que a má alimentação compromete a disposição e a capacidade física para exercícios, agravando doenças como obesidade e diabetes. Barreiras relacionadas ao ambiente alimentar em favelas e periferias, onde a população negra está majoritariamente concentrada, são reveladas no estudo de Rocha *et al.* (2024), que mostra que morado-

res de favelas brasileiras enfrentam desertos alimentares. Este conceito foi originalmente descrito no Reino Unido na década de 1990 para designar áreas com escassez de estabelecimentos que vendem alimentos *in natura* ou minimamente processados a preços acessíveis (Cummins; Macintrye, 2002).

Esses mesmos autores também apresentam os pântanos alimentares, termo desenvolvido para descrever locais com abundância de pontos de venda de alimentos ultraprocessados, ricos em açúcares, gorduras e sódio. Esse ambiente é ainda mais consolidado por estratégias de mercado que direcionam a publicidade de alimentos ultraprocessados de forma agressiva para essas populações, explorando sua vulnerabilidade socioeconômica (Batista *et al.,* 2022).

Dessa forma, o ciclo de doenças não é um mero reflexo de escolhas individuais, mas sim o resultado de determinantes sociais profundos, nos quais se articulam classe e raça para produzir iniquidades em saúde (Chiconato *et al*., 2024). Segundo Borges, Canuto e Vargas (2022), 48,3% dos setores censitários com maior população negra e indígena são desertos alimentares, enquanto 75% são pântanos alimentares. Essa realidade, associada à insegurança alimentar que atinge 18,1% dos domicílios negros (REDE Penssan, 2022), cria barreiras adicionais para a saúde integral, já que a má nutrição limita a disposição e a capacidade física para exercícios, perpetuando um ciclo de adoecimento.

A saúde integral da população negra é profundamente impactada por desigualdades estruturais, como demonstra a dissertação de Silva (2023). O estudo evidencia que mulheres idosas negras com estado nutricional adequado, avaliado pelo *Mini Nutritional Assessment* (MNA)*,* instrumento de rastreamento do estado nutricional de idosos, e níveis ativos de atividade física, mensurados pelo *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), questionário internacional que esti-

ma níveis de atividade física, apresentam melhores indicadores de força e aptidão cardiorrespiratória, quando comparadas às suas pares com pior estado nutricional e menor prática de atividade física. Este achado evidencia o potencial para um envelhecimento saudável, que, no entanto, é sistematicamente limitado pelo racismo institucional. As barreiras de acesso a serviços de saúde e a práticas esportivas contribuem para o agravamento de condições como obesidade e perda funcional precoce nessa população. Dados nacionais corroboram essa disparidade, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) aponta que os índices de excesso de peso e insegurança alimentar são mais prevalentes entre pessoas negras acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2023). Da mesma forma, o sistema VIGITEL registra, consistentemente, um maior Índice de Massa Corporal (IMC) médio e uma pior qualidade alimentar na população preta quando comparada à branca (Brasil, 2023).

Dessa forma, a realidade capturada pelos sistemas de vigilância revela que as iniquidades sociais, aprofundadas pelo racismo, impedem que grande parte da população negra atinja o potencial de saúde demonstrado pela amostra do estudo de Silva (2023).

INICIATIVA COMUNITÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO

Em contraponto a esse cenário, surgem iniciativas como o Coletivo Corre Preto, em Porto Alegre. Iniciado em 2023, o grupo promove a prática esportiva como eixo central de combate ao sedentarismo e às doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), concomitantemente ao fortalecimento da identidade negra e do senso de pertencimento comunitário. O Coletivo organiza eventos mensais de caminhada e corrida, modalidades alinhadas às diretrizes da Organização Mundial da Saúde

(OMS, 2020) e comprovadamente eficazes na redução do risco cardiovascular em populações socialmente vulneráveis (Malta *et al.,* 2023). A ação desse Coletivo vai além da prática de atividade física, transformando-se em um mecanismo social e cultural de resistência importante. Por meio dele, ocorre a afirmação da identidade dos participantes e o fortalecimento do grupo, promovendo um empoderamento coletivo frente às adversidades. A relevância desta ação é salientada por Chiconato *et al*. (2024), cuja análise dos dados de 2019 da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) indica uma maior prevalência de inatividade física no tempo livre entre adultos negros e pardos (71,2%) em comparação com adultos brancos (68,4%), reforçando a necessidade de intervenções direcionadas para reduzir essa iniquidade.

Um diferencial estratégico é a inclusão do "Corre Pretinho", atividade voltada para crianças de até 12 anos. Esta iniciativa responde diretamente aos dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) que, conforme o Panorama da Obesidade em Crianças e Adolescentes, evidenciam uma maior prevalência de excesso de peso (sobrepeso e obesidade) em crianças e adolescentes da população negra (com 34% para pretos e 32% para pardos) em comparação com crianças brancas (31%), ressaltando a importância de ações preventivas focadas nesse grupo. A escolha pelo espaço público é outro elemento fundamental da intervenção. A ocupação de parques e vias públicas para a prática esportiva gratuita confronta a histórica carência de infraestrutura para lazer e esporte em territórios periféricos, um determinante social que restringe o acesso à atividade física (Silva *et al.,* 2019). Dessa forma, a apropriação do espaço urbano pelo Coletivo corrobora estudos que identificam tal ação como um fator potente de promoção da saúde e de construção de autonomia em comunidades negras (Werneck, 2016).

Após uma edição inaugural em 2023 e um breve intervalo, o projeto foi reativado em agosto de 2024, crescendo rapidamente e alcançando um público cada vez maior. O evento de retomada congregou 230 participantes, enquanto as edições subsequentes atingiram a marca de aproximadamente 1.500 pessoas. Conforme relato de uma das coordenadoras, a expansão quantitativa é acompanhada por dinâmicas qualitativas significativas: "[...] estamos conseguindo atingir cada vez mais pessoas... não apenas pelo número, mas por todas as trocas que acontecem a partir disso". A dimensão do impacto se manifesta na transformação de hábitos e no fortalecimento de vínculos. Outro depoimento ilustra este fenômeno: "Pessoas negras que antes eram sedentárias agora encontram no Corre alguma motivação para cuidar da saúde, famílias inteiras vêm, novas amizades surgem e as crianças se sentem acolhidas e pertencentes". Tais narrativas evidenciam a iniciativa como uma tecnologia social de cuidado em saúde, operando a partir de uma lógica comunitária e culturalmente referenciada (Brasil, 2017).

Por fim, a atuação do Coletivo demonstra sua capacidade de transcender os encontros mensais. Sua participação na Maratona Internacional de Porto Alegre em 2025, inclusive na prova de 42 km, ilustra a estratégia de ocupar e ressignificar espaços consolidados do esporte de massa, disseminando seus ideais de equidade e resistência em um palco de grande visibilidade social**.**

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este texto resgata conceitos importantes para analisar as condições de vida e saúde da população negra, destacando as perspectivas da determinação social. Nesse sentido, evidencia-se que tais condições resultam das dinâmicas históricas de organização da sociedade e das relações de poder existentes. A saúde da população negra no Brasil é marcada por

iniquidades estruturais historicamente construídas e socialmente mantidas, que se refletem em piores condições de vida, maior prevalência de doenças crônicas e acesso restrito a práticas de promoção da saúde. Tais disparidades demandam enfrentamento não apenas no âmbito individual, mas por meio de mudanças profundas nas estruturas da sociedade.

A prática regular de atividade física, essencial para a prevenção de agravos, é sistematicamente negada à população negra por barreiras enraizadas no racismo estrutural, na insegurança alimentar, na falta de infraestrutura urbana e na exclusão territorial. Iniciativas comunitárias como o Coletivo Corre Preto surgem como exemplos de enfrentamento a essas desigualdades, promovendo prática esportiva gratuita, ocupação de espaços públicos e valorização da identidade negra. Tais experiências demonstram que políticas de promoção da saúde devem ser intersetoriais, territorializadas e fundamentadas na justiça social. Reconhecer o racismo como determinante social da saúde é condição para romper o ciclo que conecta má alimentação, sedentarismo e doenças crônicas que afetam desproporcionalmente a população negra. A promoção da saúde integral exige reparação histórica, investimento em territórios racializados, participação social e compromisso do Estado com a equidade racial. O caminho para uma sociedade mais saudável passa necessariamente pela construção de políticas públicas que reconheçam e enfrentem as estruturas que adoecem seletivamente.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Pólen, 2019.

ALMEIDA, S. L. de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019.

BARBOSA, M. I. **O racismo é determinante para a saúde da população negra.** Entrevista concedida ao Brasil de Direitos, 17 nov. 2022.

Disponível em: https://www.brasildedireitos.org.br/atualidades/o-racismo-determinante-para-a-sade-da-populao-negra-diz-pesquisadora/. Acesso em: 09 jul. 2025.

BATISTA, C. H. K. *et al*. Associação entre padrão de publicidade e alimento ultraprocessado em pequenos mercados. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022277.19122021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.19122021. Acesso em: 28 out. 2025.

BIRCHER, J. Towards a dynamic definition of health and disease. **Medicine, Health Care and Philosophy**, Dordrecht, v. 8, n. 3, p. 335-341, 2005. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16283496/. Acesso em: 16 jul. 2025.

BORGES, D. C.; CANUTO, R.; VARGAS, J. C. B. Desigualdades raciais no ambiente alimentar comunitário de uma capital do sul do Brasil. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição** (**RASBRAN**), [S.l.], v. 13, n. 2, p. 1205-1214, 2022. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/257225. Acesso em: 24 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL Brasil 2022**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN):** Relatórios públicos. Disponível em: https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/. Acesso em: 24 jul. 2025.

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**.** 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Acesso em: 10 out. 2025

BREILH, J. **Epidemiologia crítica**: ciência emancipadora e interculturalidade. Tradução: Vera Ribeiro. Revisão técnica: Luis David Castiel. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 317, 2006. ISBN 85-7541-095-4. Acesso em: 09 jul. 2025.

CHICONATO, A. G. *et al*. Associação entre raça/cor e prática de atividade física no tempo livre em brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva,** [S.l.], v. 30, supl. 2, 2024. DOI: 10.1590/1413-812320242911.11902023. Acesso em: 28 out. 2025

COLLINS, P. H. **Pensamento feminista negro**: conhecimento, consciência e a política do empoderamento. São Paulo: Boitempo, 2016.

CUMMINS, S.; MACINTYRE, S. "Food deserts": evidence and assumption in health policy making. **British Medical Journal**, Londres, v. 325, n. 7361, p. 436-438, 2002.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991.

GEORGE, F. **Sobre determinantes da saúde.** 2011. Disponível em: https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude-pdf.aspx. Acesso em: 22 jul. 2025.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (org.). **Medicina Social**: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983. p. 133-158.

MALTA, D. C. *et al*. Promoção de atividade física e equidade. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 1025-1036, 2023.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: n-1 edições, 2018.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2017.

MOURA, C. **Dialética radical do Brasil Negro**. São Paulo: Anita Garibaldi, 2014.

MUNANGA, K. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil**: identidade nacional versus identidade negra**.** Petrópolis: Vozes, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)**. Diretrizes globais da OMS sobre atividade física e comportamento sedentário**: para uma vida mais saudável. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128. Acesso em: 28 out. 2025.

PINHEIRO, T. M. M.; RIBEIRO, F. S. N.; RIBEIRO, A. P. Epidemiologia crítica e saúde coletiva: rupturas e reconstruções. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 8, e00086223, 2023. DOI: 10.1590/0102-311XPT086223. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/XHhqFTHsfdLbtsRrq56PbFS/. Acesso em: 08 out. 2025.

PORTRAIT, F.; LINDEBOOM, M.; DEEG, D. Life expectancies in specific health states: results from a joint model of health status and mortality of older persons. **Demography**, New York, v. 38, n. 4, p. 525-536, 2001.

REDE PENSSAN. VIGISAN: **Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil**. 2022.

Disponível em: http://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf. Acesso em: 15 jul. 2025.

ROCHA, L. L. *et al*. Percepção dos residentes de favelas brasileiras sobre o ambiente alimentar: um estudo qualitativo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, e00128423, 2024. DOI: 10.1590/0102-311XPT128423. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/94f4Yc9vndFGkcvZdXzpytD/. Acesso em: 15 jul. 2025.

RODRIGUES, M. L. P. *et al*. Tendência temporal do estado nutricional de adultos acompanhados pela Atenção Primária à Saúde no Brasil, 2008 a 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 31, n. 1, e2021605, 2022. DOI: 10.1590/1980-549720220005. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ress/2022.v31n1/e2021605/. Acesso em: 24 jul. 2025.

SILVA, H. N. **Relação do estado nutricional e os níveis de atividade física com a força, flexibilidade e aptidão cardiorrespiratória de mulheres idosas negras. 2023.** 68 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Escola Superior de Educação Física, Fisioterapia e Dança, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2023. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/271925/001196181.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 16 jul. 2025.

SILVA JÚNIOR, J. B. Obesidade infantil e raça. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 5, e002422, 2022.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade,** São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

APOIO INSTITUCIONAL E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

Fernanda Maiato Chagas

INTRODUÇÃO: A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

"O Ministério da Saúde adverte: racismo faz mal à saúde."[1]

Este ensaio tem por objetivo geral apresentar o campo de possibilidades do Apoio Institucional (AI) no fortalecimento da implementação, ou seja, da execução contínua da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito da gestão e, por conseguinte, na assistência à saúde nas ações e serviços de saúde pública do Brasil. A PNSIPN foi instituída em 2009, por meio da Portaria GM/MS nº 992/2009. O que marca fundamentalmente essa política é o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde.

A PNSIPN foi aprovada por unanimidade no Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2006, sendo fruto da constante luta por parte da população negra, especialmente das mulheres negras, desde o período escravocrata, "**[...]** em consonância com essa noção ampliada de justiça social que articula reconhecimento e distribuição" (Faustino, 2017, p.

1 Este lema faz parte da iniciativa Saúde sem Racismo do Ministério da Saúde (MS) do ano de 2023, e pode ser encontrado na página oficial do MS em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-sem-racismo> (acesso em 30 out de 2025).

3838). Embora sistematicamente apagada, essa luta constituiu parte importante da Reforma Sanitária e do que hoje conhecemos por Sistema Único de Saúde (SUS) (López, 2012; Werneck, 2016).

Ao reconhecer o racismo como um determinante social de saúde (DSS), amplia-se a própria noção de saúde, pois o adoecimento – além do dado genético e biológico – passa a ser compreendido como fruto das relações sociais, ambientais e econômicas que o sujeito vivencia.

> Ora por ausência de equipamentos e infraestrutura, ora por discriminações simbólicas e institucionais, grupos vulnerabilizados têm sua saúde comprometida por processos que extrapolam o campo biomédico. E, nesse sentido, a saúde adquire contornos de um espelho das injustiças sociais brasileiras (Dos Santos *et al*., 2025, p. 17034).

Entre os marcos que articulavam os movimentos sociais negros e a saúde, antecedendo a Política, estão: a Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e pela Vida, em 20 de novembro de 1995, que reuniu mais de 30 mil pessoas (Brasília, Distrito Federal (DF)), para denunciar a ausência de políticas públicas para essa população; o I Seminário Nacional de Saúde da População Negra (2004, Brasília/ DF); e a conquista inédita do Movimento Negro por representação no CNS em 2006 (Werneck, 2016). Nesse ínterim, muito foi mobilizado acerca do preenchimento do quesito raça/cor em formulários de saúde, inclusão da doença falciforme em programas financiados pelo SUS, além da criação de secretarias, conferências e lançamentos com vistas à saúde da população negra e quilombola.

O SUS, pela sua vasta capilaridade e pelos seus princípios de integralidade, universalidade e equidade, é uma das maiores portas de entrada da população brasileira aos seus direitos básicos. Este Sistema "não só organiza a prestação dos serviços, mas também busca promover justiça social no campo sanitário" (Dos Santos *et al*., 2025, p. 17009) e é através dele que parte expressiva da população nasce, cresce, se trata, envelhece e vive seus últimos dias. Sobre isso, a população negra tem conhecimento de causa, sendo considerada 80% da população "SUS-dependente" (ONU Brasil, 2017), isto é, daqueles que dependem exclusivamente dos serviços e ações de saúde pública para sobreviver.

Se, por um lado, essa informação retrata a dimensão de um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, por outro, visibiliza sua importância vital para uma população que representa 56% dos brasileiros . Nesse sentido,

> ainda que o SUS represente um marco civilizatório ao garantir o direito à saúde como dever do Estado e direito de todos, na prática, esse acesso tem sido marcado por profundas assimetrias. Isso ocorre porque, além das condições econômicas, fatores como raça/cor, território, gênero e escolaridade seguem estruturando barreiras invisíveis, mas concretas, no caminho da população mais vulnerável (Dos Santos *et al*., 2025, p. 17008).

A história da invasão, escravidão e colonização no território brasileiro vitimou um número expressivo de pessoas negras, africanas e indígenas, bem como suas culturas, formas de organização e cosmovisões, refletindo, ainda hoje, no que se entende por racismo institucional. Segundo Werneck (2016), essa modalidade de racismo, altamente

negligenciada nas relações sociais, "atua de forma a induzir, manter e condicionar a organização e a ação do Estado, suas instituições e políticas públicas – atuando também nas instituições privadas – produzindo e reproduzindo a hierarquia racial" (p. 542). De maneira associada ao racismo interpessoal, ele "desloca-se da dimensão individual e instaura a dimensão estrutural, correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais" (Werneck, 2016, p. 541).

Na saúde, segundo a 3ª edição da PNSIPN (Brasil, 2017), a população negra lidera os piores indicadores da mortalidade infantil e materna, sífilis em gestantes, doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, hanseníase, óbito por dengue, HIV/aids, hepatites virais e hepatite A. Do mesmo modo, destacam-se as notificações de causas externas, como violências doméstica, sexual, autoprovocada e homicídios. Além disso, existem doenças genéticas ou hereditárias mais comuns na população negra, como a doença falciforme, diabetes *mellitus* (tipo II), hipertensão arterial e deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD), conhecida popularmente como anemia hemolítica.

No que tange a transplantes, observa-se que os maiores doadores são jovens negros, principalmente os que trabalham como *motoboy*, dado que corrobora as denúncias acerca do genocídio da população negra, sobretudo de jovens (Silva *et al*., 2021). Quando se coloca a saúde mental em pauta, os números seguem desfavoráveis para essa população, no Brasil jovens negros foram as pessoas que mais cometeram suicídio e possuem 45% a mais de chance de apresentar transtornos mentais, como depressão, do que os jovens brancos (Brasil, 2018).

Ainda se ressalta a necessidade da análise crítica sobre como "os determinantes sociais da saúde afetam o nível de ajustamento de indivíduos e grupos minoritários, interligando aspectos objetivos da realidade

social, como a desigualdade socioeconômica, a elucidação dos processos de subjetivação e enfrentamento da racialização social" (Faro & Pereira, 2011, p. 276). A população negra continua a ser acometida por doenças de diferentes ordens e ter sua vida, saúde e saúde mental aviltadas. Enquanto isso, marcado pelo racismo, torna-se crônico o problema de acesso aos serviços de saúde, medicamentos e internações para essa população.

De modo correlato à saúde, a desigualdade racial persiste, afetando a distribuição racial de riqueza, o rendimento das pessoas trabalhadoras de cor preta ou parda, o acesso ao ensino superior e a educação formal como um todo, cerceando oportunidades de trabalho, lazer e cultura, relegando essa população às margens das diversas instituições e dimensões sociais (Brasil, 2017). Nesse sentido, pode-se dizer que

> Há uma morte negra que não tem causa em doenças; decorre de infortúnio. É uma morte insensata, que bule com as coisas da vida, como a gravidez e o parto. É uma morte insana, que aliena a existência em transtornos mentais. É uma morte de vítima, em agressões de doenças infecciosas ou de violência de causas externas. É uma morte que não é morte, é mal definida. A morte negra não é um fim de vida, é uma vida desfeita [...] A morte negra é uma morte desgraçada (Batista *et al*., 2004).

Diante do exposto, este ensaio pretende elaborar o objetivo já apresentado por meio da reflexão crítica dos campos da Saúde Coletiva, da Saúde da População Negra e da Análise Institucional/Socioanálise. Essa proposta de articulação parte da experiência da autora como membro da equipe de Apoio Institucional no fortalecimento da implementação da PNSIPN. No decorrer do texto, busca-se investigar o campo de possibilidades do AI no que tange à SPN.

O APOIO INSTITUCIONAL EM SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: A INICIATIVA

No ano de 2023 foi lançado, pelo Ministério da Saúde (MS), o Termo de Execução Descentralizada (TED) nº 166 (Brasil, 2023), que tem por objetivo "Fortalecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e desenvolver e monitorar ações de enfrentamento ao racismo". Além do MS, a executante deste TED é a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), que, por sua vez, tem por objetivo promover a saúde e o desenvolvimento social, gerar e difundir conhecimento científico e tecnológico, ser um agente da cidadania (informação oriunda do site da Fiocruz[2]).

Para alcance do referido objetivo, o TED nº 166/2023 estrutura-se em cinco eixos: (1) Apoio Institucional (AI) às gestões, (2) avaliação da PNSIPN, (3) fortalecimento da articulação institucional, (4) educação permanente e continuada para o enfrentamento ao racismo e (5) fomento às estratégias de comunicação para a promoção da equidade racial. Trata-se de uma estratégia que pretende promover apoio acerca dos temas prioritários elencados na Portaria GM/MS nº 2.198/23, que institui a Estratégia Antirracista para a Saúde no âmbito do MS.

Por seu turno, o AI, segundo Righi (2014), reúne em sua gênese conceitos como cogestão, democracia institucional, responsabilidade sanitária e clínica ampliada. Traduz-se, portanto, em uma "metodologia para ampliar a capacidade de análise e cogestão de coletivos" (p. 1149). O Apoio Institucional do Eixo 1 é, sobretudo, voltado às gestões estaduais e municipais, compreendendo a "gestão pública como o espaço

2 BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: https://fiocruz.br/fundacao. Acesso em: 30 out. 2025.

de tomada de decisões mediada pelas necessidades e demandas sociais e os recursos disponíveis" (Rinehart, 2013, p. 28).

No que tange ao TED nº 166/2023 e às propostas referentes à saúde da população negra ou à garantia dos demais direitos a essa população, cabe destacar que é sempre fruto de incansáveis e históricas lutas dos movimentos sociais negros. Segundo Gomes (2019), os movimentos negros – ou as pessoas negras em movimento – exercem um papel político fundamental ao educar a sociedade brasileira quanto à história da população negro-africana, reivindicar seus direitos sociais e restaurar sua humanidade. Essa atuação os posiciona como agente central na transformação das estruturas racistas, disputando caminhos de emancipação. Nesse contexto, a raça passa a ser entendida como um critério de inclusão e mobilização política, e o corpo negro adquire um novo significado, marcado por afirmação, identidade e resistência.

Em meados de 2024, a primeira formação da equipe de trabalho do Eixo 1 contou com duas coordenadoras, quatro supervisoras, duas apoiadoras técnicas e uma residente de Saúde Coletiva, sendo a autora deste ensaio uma das apoiadoras técnicas do AI em Saúde da População Negra (SPN). De julho de 2024 até junho de 2025, essa equipe sistematicamente se reuniu para construir documentos de referência do eixo, o processo seletivo de contratação da equipe apoiadora institucional, fluxos de trabalho e as análises situacionais preliminares da implementação da PNSIPN nos estados e municípios brasileiros. Nesse período, as ações do eixo foram desenvolvidas através de trabalho remoto, presencial na Fiocruz/RJ e no Ministério da Saúde (MS/Brasília) e além das visitas técnicas iniciais aos estados. A equipe realizou levantamento de dados através das páginas oficiais de saúde dos estados e municípios, analisando a presença de termos como "raça/cor", "racismo", "equidade", "negro/negra" nos instrumentos de gestão, bem como, foram reali-

zados contatos com as secretarias estaduais e municipais para obtenção de informações a respeito da execução da PNSIPN nas ações e serviços de cada região.

Em princípio, através do trabalho do eixo 1, preliminarmente aparece a obstaculização, pelo próprio racismo institucional, da implementação da PNSIPN nos estados e municípios brasileiros e reitera as precárias condições de saúde da população negra. Portanto, dentre os objetivos que sustentam o AI na gestão para a SPN estão: o fortalecimento da PNSIPN, a construção de comitês, áreas técnicas e similares sobre SPN em todos os estados brasileiros; a indução à inclusão de metas para a implementação da PNSIPN nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde (PES e PMS); a promoção da equidade étnico-racial como compromisso de estados e municípios; ações de prevenção e promoção de saúde voltadas às populações negra e quilombola; incentivo às ações de educação permanente em saúde (EPS) nesse tema e o apoio à participação e Controle Social dentro desse contexto.

O AI pretende atuar enquanto dispositivo de cooperação no fortalecimento das ações já desenvolvidas e na construção de novos processos de trabalho em suas especificidades locorregionais. Estrutura-se por meio da colaboração com os gestores estaduais e municipais, profissionais dessas secretarias de saúde e em contato direto com o Controle Social, seja através do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde (CES e CMS), segmento de pessoas usuárias e movimentos sociais.

Na prática, essa cooperação vem acontecendo por meio de visitas, oficinas e apoio na formulação de estratégias de implementação de instâncias de fortalecimento, participação e monitoramento de ações voltadas à SPN. Ou seja, no trabalho de campo desenvolvido pelos apoiadores ins-

titucionais, que percorrem presencialmente todos os estados brasileiros e o Distrito Federal. Destaca-se que o Eixo 1 tem como objeto as gestões estaduais e municipais, portanto, prevê apoiar as gestões locais de saúde no Brasil a se debruçarem sobre a implementação da PNSIPN, sobretudo, através dos instrumentos de planejamento e de oficinas regionais.

Diante do exposto, é basilar qualificar os processos de trabalho no SUS – da gestão à assistência –, reconhecendo o racismo como determinante social de saúde e colocando em prática dispositivos capazes de produzir rupturas e reorganizações institucionais. Aborda-se o AI como operador de mudanças e tensionador de práticas, enquanto expressão de um campo de possibilidades para contribuir de forma significativa para a efetivação da equidade racial no SUS e para a consolidação da PNSIPN como política viva, situada e transversal.

Esta escrita justifica-se pela aposta na investigação sobre o campo de possibilidades do dispositivo de AI voltado à efetiva implementação da PNSIPN, iniciativa inédita na história do SUS em âmbito nacional. Aborda-se não os frutos da experiência ainda em curso em cada região do país, mas a articulação teórico-conceitual provocada pela vivência. Intenciona-se corroborar produções políticas, científicas e sociais que reconhecem e visibilizam o racismo e o racismo institucional enquanto fenômenos e estruturas de constantes violências e violações de direitos na vida da população negra, sobretudo na saúde. Ademais, pretende-se impulsionar formas de propor seus enfrentamentos.

ENTRE A SAÚDE COLETIVA, A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E O APOIO INSTITUCIONAL

Diante do exposto, parte-se da interface entre Saúde Coletiva e Saúde da População Negra e Análise Institucional/Socioanálise. O

principal eixo de sustentação da Saúde Coletiva é, por sua vez, a interdisciplinaridade, e a noção de que o campo biomédico apresenta significativos limites para definir e abordar a saúde. Entende-se que "o campo da saúde coletiva é, pois, fundamentalmente interdisciplinar e admite no seu território uma diversidade de objetos e de discursos teóricos, sem reconhecer em relação a eles qualquer perspectiva hierárquica e valorativa" (Birman, 1991, p. 10). O autor destaca, ainda, que

> [...] o que está em questão no discurso crítico da saúde coletiva sobre a saúde pública é a explicitação da problemática que se encontra em pauta, para promover uma leitura diferenciada das relações estabelecidas entre natureza e sociedade por outros saberes, já que, quando isolado, o discurso naturalista encontra limites para realizar este trabalho (Birman, 1991, p. 11).

A Saúde Coletiva, diante do abordado, extrapola a noção de saúde pública, negociando novos atores, territórios, campos de conhecimentos, epistemologias e perspectivas em torno da saúde, do adoecimento e do SUS. O foco já não reside apenas na gratuidade da oferta – embora esta seja totalmente importante e defendida –, mas a luz está voltada às relações sociais que previnem o adoecimento, produzem e promovem saúde nas coletividades considerando diversidades e particularidades. Nessa projeção ampliada de saúde, o objetivo exclusivo de tratar doenças é insuficiente, pretende-se produzir sujeitos de direitos e desejos.

No que tange à valorização das relações raciais e ao enfrentamento do racismo na saúde, vale ressaltar que "a militância política no Movimento Negro Unificado constitui-se como fator determinante de nossa compreensão da questão racial" (Gonzalez, 1984, p. 224). No

âmbito do SUS, "é preciso afirmar que o direito à saúde deve ser lido não como uma concessão do Estado, mas como uma conquista histórica dos movimentos sociais e dos sujeitos que resistem diariamente à precarização da vida" (Dos Santos *et al*., 2025, p. 17035).

A título de exemplo, considera-se o quesito raça/cor – frequentemente negligenciado nos cadastros de saúde – um dispositivo que flagra a falácia do mito da democracia racial, explorando epidemiologicamente os efeitos do racismo na saúde, bem como fornecendo dados estatísticos para melhor atuação da vigilância em saúde e, por conseguinte, das ações e serviços na rede pública. Entende-se como dispositivo, pois carrega consigo linhas e efeitos de força, visibilidade, enunciação, resistência e ruptura, sempre em devir (Deleuze, 1996).

A negação expressa no não preenchimento do quesito raça/cor, também lida como "eu me nego a tocar nesse assunto (se não for para reforçar processos de dominação)", traduz o que Gonzalez (1984) conceituou como a "neurose cultural brasileira". Trata-se de processos históricos e psíquicos da construção do imaginário coletivo brasileiro que negam a raça e o racismo através do recalque, desse modo o sujeito social branco se interpela apenas com aquilo que não lhe causa angústia, vergonha e culpa, enquanto o restante é varrido para o inconsciente.

O racismo, em suas diversas faces e transmutações, é responsável por parte importante do adoecimento da população negra, pois desde a sua dimensão estrutural, institucional e interpessoal, ele carrega em si o elemento de privação do outro. Seja a privação de bens materiais, seja a privação de condições dignas de vida, trabalho, educação e moradia, seja a privação do cuidado e da assistência à saúde. Para Frantz Fanon (2022), o colonialismo expressa a furiosa decisão do colonizador em privar o negro-colonizado de qualquer atributo humano, aprisionando-o em uma "zona de não ser".

Ao falar em saúde e racismo, são várias as combinações possíveis. A experiência sobre a qual este ensaio reflete, partindo da gestão, pode ser analisada à luz do conceito de pacto narcísico da branquitude (Bento, 2022), que oferece pontos importantes para reflexão. Cida Bento, ao propor esse conceito, aborda o cerne de espaços (supostamente) progressistas, como o projeto político-social que é o SUS, e aponta a persistência do racismo nesses contextos, seja por omissão, silêncio ou outras ações. Nesse sentido, o racismo institucional é compreendido pela autora

> como acordos tácitos, como pactos não verbalizados, não formalizados. Pactos feitos para manter em situação de privilégio, higienizados de usurpação que os constituiu. E que se estruturam nas relações de dominação que podem ser de classe, de gênero, de raça e etnia e de identidade de gênero, dentre outras (Bento, 2022, p. 120).

Os espaços de gestão no SUS são compostos por profissionais em sua maioria brancos, que muitas vezes valem-se da sua posição de poder para perpetuar desigualdade raciais. É por meio da gestão (em articulação com assistência à saúde, demais equipes de trabalho e movimentos sociais) que se planeja, organiza, coordena, movimenta verba, executa, monitora, avalia e projeta ações, agendas e políticas. Por seu turno,

> há muita complexidade e subjetividade envolvida nesses processos de gestão. Os sistemas de direção, assim como o processo e os arranjos para a tomada de decisões, envolvem motivações, interesses, racionalidades imbricadas, intuição (e experiência intuitiva), conhecimentos, capacidades cognitivas,

> habilidades, qualidade estratégica, controle de capitais e recursos (tempo, informações, tecnologias, financiamento). Enfim, características e qualidades de pessoas (sujeitos, agentes, atores institucionais) e não somente de sistemas ou serviços (Carvalho et. al, 2012, p. 902).

Onde estão a categoria raça/cor, o olhar para o racismo e as estratégias de promoção de saúde que valorizam a cultura negro-africana tão constitutiva da realidade brasileira? Como isso tudo aparece nos instrumentos de gestão estaduais e municipais? Ou melhor, por que não aparece? Cabe lembrar que "no caso da saúde, os indicadores se convertem em importantes instrumentos de gestão e Controle Social da situação sanitária do país, já que oferecem dados confiáveis para tomada de decisão e gestão baseada em evidências" (Faustino, 2012, p. 94).

A ausência quanto a programas, agendas e planejamento para a saúde da população negra no setor saúde representa um entrave significativo para o fortalecimento do SUS e para a efetivação da PNSIPN. Mesmo diante de evidências consistentes sobre as iniquidades raciais e das demandas específicas dessa população, ainda são escassos os programas que estabelecem ações e metas voltadas à superação dessas desigualdades (Faustino, 2012). Tanto na literatura científica quanto no dado empírico constatado por meio do trabalho inicial do Apoio em SPN,

> percebe-se que o importante papel dos gestores como propositores e implementadores de políticas de promoção da equidade, necessita ser estimulado, preparado e capacitado para que se apropriem deste olhar sobre a diversidade de sujeitos, ampliando sua escuta, permitindo que identifiquem quem são esses sujeitos, como e onde vivem, e

> qual a situação de exclusão e vulnerabilidade em que vivem. Captar e gerenciar meios para implementar ações concretas de redução das desigualdades raciais em saúde, na maioria das vezes se traduz por ações afirmativas, e no caso específico da População Negra, pela avaliação dos gestores quanto à pertinência na implementação da PNSIPN. No entanto, constatou-se que as representações sociais destes gestores sobre a pertinência de políticas específicas como a PNSIPN não se revelou como tema central em suas agendas (Rinehart, 2013, p. 101).

Diante do exposto, aposta-se no Apoio Institucional, conceito desenvolvido por Gastão Wagner de Souza Campos, inspirado pelo Movimento Institucionalista/ Socioanálise (Lourau, 1995) e incluído no Ministério da Saúde em 2003 por meio da Política Nacional de Humanização (PNH). O AI é instrumento da tarefa de promoção do exercício político e da democracia institucional no âmbito do SUS, ou seja, da capilarização dos processos de gestão e efetivação de políticas de saúde no SUS. Fala-se de uma tecnologia leve/relacional que opera nos encontros, inclusive subjetivamente falando, colocando os espaços e seus cotidianos em análise. Um dispositivo que tensiona o regime de visibilidade da instituição racismo.

Quanto às noções de tecnologias leves, leve-duras e duras do trabalho em saúde, as tecnologias leves referem-se à relação, ao vínculo, à escuta, ao acolhimento, à atenção (Franco & Merhy, 2012). Acredita-se que "há uma dimensão subjetiva nos atos produtivos do cuidado, potencializada pela constatação de que o trabalho em saúde se dá sempre em um encontro, mediado por certa ética do cuidado" (Franco & Merhy, 2012, 151). Fala-se em encontro, pois toda atividade humana

pode ser um ato produtivo, inventivo e potencialmente transformador, visto que pode modificar alguma coisa e produzir algo novo. Por isso, aposta-se no Apoio Institucional como uma tecnologia para operar mudanças nos processos de trabalho, de gestão e execução de políticas.

Cabe ressaltar que a relação entre Análise Institucional e Saúde Coletiva ganhou espaço em seminários e textos nos anos 2000 (L'abbate, 2003, 2012). Nesse sentido, o apoio caracteriza-se como um dispositivo de intervenção na via de construção de mudanças significativas nos processos e na cultura de trabalho em saúde, análise das instituições envolvidas, fortalecimento de coletivos e suas funções. Entrevistado, Gastão destaca que

> Ninguém muda sozinho, ainda que não haja mudança sem certa vontade, uma exposição das pessoas que estão envolvidas com a mudança. Então, a ideia da pressão é isso: trazer coisas de fora, problematizar, avaliar... Só que o resultado da avaliação em vez de punir, fazer um ranking ou uma classificação deveria ser devolvido para as pessoas repensarem suas vidas e suas práticas. [...] Eu acho que as Secretarias Estaduais de Saúde e o Ministério, na relação com os municípios, com as redes municipais, mas também com os serviços de saúde em geral, deveriam usar a estratégia do apoio e não a estratégia da imposição ou mesmo da indução econômica (apenas ou principalmente) (Righi, 2014, p. 1149).

Diante do exposto, aposta-se na investigação do campo de possibilidades do Apoio Institucional, inclusive para deslocar a suposta dicotomia entre gestão e assistência à saúde. O AI é uma ferramenta de produção de mudanças nos processos de trabalho e no SUS, tem no seu

horizonte ético a intenção de ampliação do desejo, da autonomia e da potência coletiva no trabalho. É uma tecnologia voltada à reinvenção das práticas em saúde (Pasche *et al*., 2017) e aposta-se que esta pode evidenciar pactos de desigualdades, sinalizar e o racismo na saúde e propor novas condutas. Por fim, "mudar modos de cuidar" passaria, portanto, por mudar modos de organizar o trabalho e modos de gerir políticas de saúde, dado que ambas compõem uma só e mesma realidade. Afinal, como ampliar a clínica sem ampliar a gestão?" (Schenkel; Paulon, 2022, p. 4).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O racismo, essa "poderosa ideologia que orienta comportamentos, atitudes e desigualdades" (Faustino, 2012, p. 94), está presente em todo o tecido social brasileiro, ou seja, nas relações, instituições e subjetividades, afetando desde quem pratica (ativa ou passivamente) até quem o sofre diariamente. Assim sendo, o racismo está presente também na saúde, nos processos de adoecimento, na gestão de políticas públicas no SUS e no cuidado à saúde das pessoas negras.

No SUS e na Saúde Coletiva entende-se que os processos saúde-doença são complexos e envolvem muitos fatores, áreas do conhecimento, camadas sociais e instituições. Nesse sentido, o Apoio Institucional, inspirado na Análise Institucional, pode contribuir para fazer ver lógicas, relações de poder, linhas de forças e processos de subjetivação em espaços de gestão da saúde, evidenciando o racismo atestado por tantos materiais científicos, pelos movimentos sociais negros e pelo próprio Ministério da Saúde.

Diferente de estratégias que tentam induzir processos de mudanças sem a reflexão e a análise das situações postas, o Apoio Institucional abre espaço para que as relações de saber-poder sejam colocadas em

questão (assim como os pactos narcísicos da branquitude) e que o conhecimento e o enfrentamento do racismo como determinante social de saúde sejam prioridades em agendas estaduais e municipais do SUS. Segundo Elaine Oliveira Soares (2022, p. 21-22), "para tornar a gestão em saúde permeável à realidade da existência do racismo institucional em saúde, é necessário não somente aprofundarmos nossos conceitos, mas, sobretudo, mantermos nossas redes articuladas, vivas, abertas e ativas".

Por fim, visto que este trabalho pisa no solo da Análise Institucional, cabe recorrer ao conceito de análise de implicação, onde se evidencia que toda a instituição (não como lugar físico, mas como lógicas, forças e formas) atravessa os sujeitos de alguma maneira (Lourau, 1995). Discorrer sobre a saúde da população negra, por seu turno, atravessa esta autora como mulher negra, pesquisadora e trabalhadora do SUS. Há que se fazer presente nos campos de disputa. A implantação da PNSIPN, grande marco da saúde e da sociedade brasileira, é um passo numa longa caminhada, há muito o que percorrer. Como nos ensina o Movimento de Mulheres Negras, "Nossos passos vêm de longe!". É necessário seguir em movimento.

REFERÊNCIAS

BATISTA, L. E.; BARROS, S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 33, supl. 1, 2017.

BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000500003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 9 out. 2025.

BENTO, C**. O pacto da branquitude**. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

BIRMAN, J**.** A physis da saúde coletiva. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 11-16, 2005. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000000002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros, 2012 a 2016**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Universidade de Brasília, Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 31 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sem racismo.** Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-sem-racismo. Acesso em: 30 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Termo de Execução Descentralizada de Recursos nº 166/2023**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://portalfns.saude.gov.br/wp-content/uploads/2023/12/TERMO-TED-166-2023.pdf. Acesso em: 30 out. 2025.

CARVALHO, A. L. B. de *et al***.** A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 901-911, 2012.

DELEUZE, G**. O mistério de Ariana**. Lisboa: Vega – Passagens, 1996. Tradução e prefácio: de Edmundo Cordeiro.

DOS SANTOS, A. N. S. *et al*. Políticas de Saúde e Desigualdade: Determinantes sociais e barreiras no acesso aos serviços do sistema único de saúde (SUS). **Aracê,** v. 7, n. 4, p. 17006-17039, 2025.

FANON, F. **Os condenados da terra**. Rio de Janeiro: Zahar, 2022. (Obra original publicada em 1961)

FARO, A.; PEREIRA, M. E**.** Raça, racismo e saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse. **Estudos de Psicologia (Natal),** v. 16, p. 271-278, 2011.

FAUSTINO, D. M. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 3831-3840, 2017.

FAUSTINO, D. M**.** Equidade racial nas políticas em saúde. In: WERNECK, J.; BATISTA, L. E.; LOPES, F. (org.). **Saúde da população negra.** Petrópolis: Petrus, 2012. p. 98-120. (Coleção Negros e Negras: Pesquisa em debate).

FRANCO, T. B; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012.

GOMES, N L. **O movimento negro educador: saberes construídos nas lutas por emancipação**. Petrópolis: Vozes, 2019.

GONZALEZ, L**.** Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Ciências Sociais Hoje**, v. 2, n. 1, p. 223-244, 1984.

L'ABBATE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 265-274, 2003.

L'ABBATE, S**.** Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na saú-

de coletiva**. Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2012. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/mnemosine/article/view/41580. Acesso em: 8 out. 2025.

LÓPEZ, L. C**.** O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação,** v. 16, p. 121-134, 2012.

LOURAU, R. **Análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1995.

PASCHE, D. F.; CAMPOS, G. W. de S.; FIGUEIREDO, M.; OLIVEIRA, M. M. Apoio como estratégia de ativação do movimento constituinte do SUS: reflexões sobre a Política Nacional de Humanização (PNH). In: CAMPOS, G. W. de S.; FIGUEIREDO, M.; OLIVEIRA, M. M. **O apoio Paideia e suas rodas: reflexões sobre práticas em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 141-166.

RIGHI, L. B. **Apoio matricial e institucional em Saúde**: entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos. 2014.

RINEHART, D**. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: discursos da gestão municipal do SUS**. 193 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

SCHENKEL, J. M.; PAULON, S. M**.** Apoio institucional como tecnologia para produção de uma gestão menor na área da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 32, p. e320411, 2023.

SILVA, B. M. da; RIBEIRO, L. R.; LIMA, A. K. Q. de. Saúde da população negra: aspectos interseccionais de raça/cor no serviço de transplante renal. **O Público e o Privado**, Fortaleza, v. 19, n. 40, p. 157-176, set./dez. 2021.

SOARES, E**.** Gestão das políticas de equidade étnicorracial em saúde em Porto Alegre. In: CANAVESE, D. *et al*. (org.). **Equidade étnicor-**

racial no SUS: pesquisas, reflexões e ações em saúde da população negra e dos povos indígenas **[**recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade,** São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, jul. 2016.

METODOLOGIAS DECOLONIAIS E SABERES LOCAIS: PERSPECTIVAS PARA A PESQUISA-INTERVENÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Grupo de Pesquisa Intervires – PPGPSI/UFRGS

INTRODUÇÃO

Quando nós falamos tagarelando
E escrevemos mal ortografado
Quando nós cantamos desafinando
E dançamos descompassado
Quando nós pintamos borrando
E desenhamos enviesado
Não é por que estamos errando
É porque não fomos colonizados.

(Nego Bispo, 2023)

Pesquisar, nos termos da ciência moderna, é concebido como efeito de um paradigma epistêmico em que a realidade deve ser objetivada e esquadrinhada, a fim de que se produza uma paisagem estática. A busca pela verdade e validade de um conhecimento científico passa pela possibilidade de homogeneização de eventos e acontecimentos naturais, humanos e sociais, transformando-os em conceitos, teorias e campos de investigação de onde podem ser encontradas algumas respostas aos problemas e dilemas do mundo. Para efetivar a produção desses conhecimentos de modo tidos como fidedigno e factual, na lógica das

evidências científicas, há de se manter códigos de conduta do paradigma da dita ciência moderna, dentre estes, o afastamento do/a/e pesquisador/a/e da sua cena de pesquisa. Há que se manter o conhecimento "afinado" ao que está posto, colocado (do latim *positivus*, no sentido de ser real e objetivo, em oposição ao que é abstrato ou metafísico). A busca pela verdade científica, nesta perspectiva passa, portanto, por um processo usualmente representado por pares antagônicos, tais como sujeito-objeto, observador-observado, verdade-mentira, trazendo uma construção cartesiana do conhecimento.

A ideia de um/a/e pesquisador/a/e que se afasta de sua própria realidade e do objeto que investiga nasce da ruptura com a visão dogmática imposta pela Igreja, que, por séculos, monopolizou a definição da verdade. Com o advento da modernidade, o método científico afirma-se como novo axioma – o novo dogma – em torno do qual se organiza a produção do saber. O que antes era sustentado pela autoridade divina passa a residir no método, agora tomado como neutro e incontestável (Luz, 2019; Czeresnia, 1997). A neutralidade de suas/seus agentes torna-se condição indispensável para legitimar o que se reconhece como verdade. Nesse movimento, o objeto de pesquisa é isolado de suas dimensões sociais, políticas e subjetivas, de modo que a 'ciência pura' se produz justamente por meio de sua assepsia. Consequentemente as demais formas de compreensão do mundo passam a ser consideradas ilegítimas.

Este paradigma é introduzido no 'novo mundo' pela colonização das Américas, processo que se sustenta no genocídio dos povos indígenas, na diáspora e escravização de povos africanos, da mesma forma que alicerçou as caças às bruxas que perseguiu e assassinou na Europa milhões de mulheres, dizimando corpos e saberes (Grosfoguel, 2016). Este período, compreendido como o nascimento da modernidade (Maldonado-Tor-

res, 2020), produz uma série de arranjos que desenham a constituição dos Estados-nação, baseados na noção de raça, identidade e progresso. Como consequência do advento da colonização, a racialidade do outro dominado – indígenas e pretos – fabrica modos de conhecer e acessar a realidade que se valem unicamente da lente do colonizador, aquele que detém a verdade e o conhecimento, desdenhando saberes antes constituídos. Às/es/aos colonizadas/es/os resta o lugar de um não-saber (de um não-sujeito), posição de seres que não possuem alma e, portanto, estão apartados da condição de humanidade pela inferiorização da raça.

Partindo dessa compreensão, segundo a qual todo genocídio implica um epistemicídio, o advento da ciência moderna só se torna possível pela objetificação do sujeito, transformado em "outro" – o não-eu —, cujos saberes e formas de existência precisam ser apagados para a manutenção de uma realidade que o conserva nessa posição de subalternidade, distante do poder de quem o nomeia. Trata-se de um processo subjetivo de apagamento e destruição colonial, em que o assujeitamento se constitui como a força que estrutura a própria violência. Estamos diante da amálgama entre as dimensões ontológica e epistemológica, na qual o conhecimento é a via de acesso privilegiado daqueles/as que "são" às custas daqueles/as que "não-são". O ser e o conhecer, no sentido moderno, são consequências de um processo sistemático de negação da existência e dos saberes de povos e comunidades subalternizados pelo processo de expropriação colonizatória. No entanto, apesar das violências epistêmicas perpetradas pela ciência moderna e seu aparato universalizante, os saberes não hegemônicos seguem vivos e produzindo conhecimento como modo de reexistência e afirmação de verdades múltiplas e plurais.

Neste ensaio, nos somamos à Spivak (2010) na concepção de que as/os subalternizadas/os estão fora dos circuitos de poder que pos-

sibilitam a agência da fala, ou seja, da produção de conhecimento e enunciação de verdades outras. Este escrito tem por objetivo apontar os limites e possibilidades de produção de outras ciências e conhecimento junto, com e na presença das/es/os supostas/es/os subalternizadas/es/os, e não sobre ou por estas/es, reconhecendo a necessidade de pluralizar a ciência com outros modos de produção da realidade alicerçados em cosmopercepções (Oyěwùmí, 2002). Nos juntamos às vozes plurais advindas dos feminismos, da Diáspora Africana e da loucura como afirmação da diferença radical em suas articulações, com vistas à produção do conhecimento no campo da Saúde Coletiva, em uma construção decolonial.

DESCOLONIZAÇÃO DAS CIÊNCIAS E SABERES PLURIEPISTÊMICOS

Ao discutir acerca da possibilidade da inclusão dos direitos epistêmicos na categoria de direitos humanos, Fran Demétrio e Hilan Bensusan (2019) retomam o conceito de injustiça epistêmica destacando os processos de exclusão que atingem as populações subalternizadas. A descredibilização de suas capacidades de produzirem conhecimento e marginalização estrutural afastam tais grupos do reconhecimento de suas experiências sociais. Como efeito dessas injustiças epistêmicas produz-se a desqualificação dos saberes revelados no interior dos movimentos sociais e dos coletivos que atuam diretamente com essas populações, ainda que boa parte desses saberes tenha contribuído significativamente para a construção, por exemplo, do campo da Saúde Coletiva no Brasil e para a efetivação de políticas públicas de cuidado.

A Saúde Coletiva é uma invenção brasileira. Campo político, social e de práticas, constituiu-se em movimento de descolonização da tradição europeia da saúde pública e da medicina preventiva e social

norte-americana. Esse processo buscou construir uma nova concepção de saúde e novas formas de organização política do sistema, articulando a saúde à democracia. Ao fazê-lo, a Saúde Coletiva contrapõe-se à história necropolítica do país, marcada pela lógica segundo a qual algumas vidas têm direitos e outras não (Merhy *et al.*, 2022).

A Saúde Coletiva nas últimas décadas e de forma mais acentuada depois da emergência sanitária internacional provocada pela Covid-19, intensificou debates e produziu documentos sobre temas relevantes, como os agrotóxicos e a emergência climática, que adquirem crescente importância em razão de seus impactos na saúde das coletividades. Nesse processo, a aproximação com um amplo conjunto de interlocutoras/es – incluindo lideranças de movimentos sociais, povos originários e movimentos consolidados ou emergentes – constituiu-se em um elemento estratégico para enfrentar o modelo de desenvolvimento agrocolonial. Além disso, muitos desses movimentos e agendas têm encontrado na Saúde Coletiva um espaço de expressão e de composição de propostas, fortalecendo o diálogo entre o conhecimento científico, as experiências comunitárias e as lutas sociais (Pasche, 2022).

O entrelaçamento entre os movimentos sociais e as lutas pela redemocratização do país e o campo da Saúde Coletiva permitiu, entre outros efeitos, configurar o tema das "violências de gênero" como uma questão social e científica. O tema passou a ser tratado, portanto, para além da mera assistência às lesões do corpo, sendo um problema mais complexo e demandante de cuidado integral na lógica da equidade e, consequentemente ampliou-se esta compreensão para a realidade do local em que nos encontramos (Schreiber *et al.*, 2009). O efeito de reparar injustiças históricas e ampliar a compreensão dos lugares ocupados por essas pessoas constitui uma via potente para construir uma ciência menos ortodoxa e mais próxima da realidade dos sujeitos.

Considerando as produções decoloniais do feminismo negro em seus saberes plurais, ancorados nos saberes ancestrais (cosmopercepções), a interlocução dessas epistemes com o campo da Saúde Coletiva potencializa práticas de cuidado e promoção da saúde que rompem com a lógica biomédica em sua abordagem às diferentes violências gênero e cuidados. Destacando diversas temporalidades, visões de mundo, experiências e formas de representação, constitutivas do feminismo negro, Jurema Werneck (2006) situa a produção de conhecimento de mulheres negras como fruto de uma articulação de heterogeneidades, resultante de demandas históricas, políticas, culturais, de enfrentamento à dominação ocidental eurocêntrica, ao longo dos séculos da experiência diaspórica ocidental. Para esta pesquisadora e destacada intelectual brasileira – médica, comunicóloga e ativista dos movimentos sanitário, feminista, antirracista – enfatizar as vozes e construção de estratégias do movimento de mulheres negras na luta por saúde, dando espaço a diferentes olhares e modos de conceber e trabalhar o corpo, comunga do paradigma do Bem Viver (Acosta, 2016), considerando os diferentes aspectos que compõem as iniquidades em saúde. Tal perspectiva considera os diferentes aspectos que compõem as iniquidades em saúde e aproxima-se de uma construção mais real das vivências de grande parte da população, a qual demanda uma aproximação mais intensiva de profissionais e pesquisadores.

As contribuições de Oyeronke Oyěwùmí (2021) – incorporadas ao debate do feminismo negro decolonial – corroboram para uma produção de conhecimento que denota ao gênero uma categoria de construção sociocultural, em contraponto ao olhar para o corpo em sua dimensão estritamente biológica e centrada em uma visão hierarquizada eurocêntrica. Nesse sentido, a pesquisadora nigeriana enfatiza o conceito de cosmopercepção (em sua concepção de mundo) constituída por diferentes grupos culturais e que pode privilegiar sentidos que não

sejam o visual ou, até mesmo, uma combinação de sentidos. Esta epistemologia denota uma ruptura radical ao modo eurocêntrico de compreensão existencial, centrado estritamente na visão do corpo biológico, o que a autora denomina como uma "bio-lógica".

A cosmopercepção, então, oferece uma chave de leitura para as experiências interventivas que desloca o olhar do seu lugar privilegiado *a priori*, para contemplar os sentidos que podem ser construídos através de outros elementos de contato, saberes que emergem no encontro com o outro e orientam para uma distinta apreensão e interpretação do mundo. Toda forma de universalização, de unicidade, de forçar equivalência no campo epistemológico das matrizes culturais do Ocidente é empobrecedora e, em alguma medida, violenta aos modos singulares e originários de viver e ver o mundo.

Ao propor transformar a arte de denominar em uma arte de defesa, Nego Bispo (2023) convida a contracolonizar: enfraquecer as palavras coloniais e fortalecer as palavras que o colonizador não tem coragem de utilizar. No que diz respeito à disputa no terreno científico,- sugerimos que o compromisso ético-político com a pesquisa em Saúde Coletiva no Brasil precisa estar vinculado às metodologias e escolhas de interlocução teórica que passem pelo exercício de semeadura de novas ideias e palavras, em germinação na vida material das pessoas com as quais nos propomos trabalhar. Conforme o autor, a contracolonização seria a capacidade de não permitir ser atravessada/e/o pelo processo científico colonial e, por consequência, não se subjetivar a partir dele enquanto "Moeda única, língua única, mentes poucas", como afirma o pensador quilombola com que abrimos este texto (Bispo, 2023, p. 31).

Para falar sobre o tema do HIV e aids, Jurema Werneck (2006), por exemplo, introduziu a perspectiva de pesquisadoras/es que fazem parte do sistema de ética dos bantos e iorubás, pensando o ser humano

como uma rede de forças – não apenas um indivíduo – que carrega consigo parte do axé de todo o povo e é corresponsável pela sua expansão. Ao considerar-se parte de uma comunidade, de um corpo coletivo, a diferença é tomada como um valor não hierarquizante e, nesse propósito, o cuidado de si e o cuidado com o outro traduzem-se em uma relação mais partilhada do que impositiva, mais solidária do que competitiva, respeitando as diferenças que existem neste coletivo.

Édouard Glissant (2021), por sua vez, entende a Relação como um processo vivo e contínuo. Desta maneira, não há imposição de saberes ou relações hierarquizadas. As Relações são vivas, confluentes, pulsantes e seus sentidos vão sendo constituídos, e outros surgindo, no caminho, sem que um seja fixado, mas ampliado. Nesse horizonte, a saúde mental e práticas no campo da Saúde Coletiva podem ser pensadas como espaços de relação, onde os encontros não hierarquizam, mas nos deslocam e convocam a escutar e coexistir. Destarte, estar em contato com o outro não significa redução ou tradução, mas compreender que a opacidade se faz presente e que os sujeitos têm o direito a permanecer indecifráveis. Na condição de pesquisadoras/es, propomo-nos a não reduzir sujeitos (visando sua compreensão e consequente captura), mas admitir e respeitar suas existências singulares, criando mundos compartilhados, nos quais o saber emerge do entre-mundos, nos movimentos de se afetar e se deixar afetar, aprendendo uns com os outros.

Ainda em Glissant (2024), o conceito de *crioulização* pode contribuir para a perspectiva de Ciência e Pesquisa em que aqui se aposta, visto que o conceito carrega consigo a Relação, mistura que gesta uma dada "imprevisibilidade de resultados e não ditos que nos impedem de sermos persuadidos por essência ou de nos cimentarmos em excludentes" (p. 21). Para o autor:

> A crioulização é o estabelecimento de contato entre diversas culturas ou, pelo menos, entre diversos elementos de culturas distintas em determinado lugar do mundo, tendo por resultado um dado novo, totalmente imprevisível em relação à soma ou a mera síntese desses elementos (p. 32).

Como exemplo, é através Lei nº 12.711/2012, Lei de Cotas Raciais (Brasil, 2012), fortemente proposta e defendida pelo Movimento Negro, que as instituições de ensino superior passam a ser habitadas por uma diversidade nos modos de ser, de aprender, de fazer e de produzir conhecimento, onde outrora certa monocromia fenotípica, política e epistemológica monopolizava o lócus da Pesquisa e da Ciência. Não seriam as universidades, sobretudo as públicas, após a implementação das ações afirmativas no ingresso de discentes (pardas/es/os, pretas/es/os e indígenas (PPI), pessoas trans e com deficiência), um exemplo contundente de *crioulização* dos modos de produção de conhecimento?

Ainda, em termos de Relação, não seria o campo de pesquisa um meio através do qual quem pesquisa e quem é pesquisado produz conhecimento e, a partir dele, as relações tradicionais de poder podem ser redistribuídas? No avesso disso, a relação de dominação carregaria a marca da objetificação, da desumanização, do extrativismo e da expropriação, sobretudo quando os grupos pesquisados são tratados como os "outros" da norma hegemônica vigente na política ocidental da raça, do gênero, da orientação sexual e da classe. Também, dentro desta lógica colonial de expropriação, o/a/e pesquisador/a/e não seria um sujeito que se afeta na pesquisa e que se deixa afetar, mas sim, alguém que obtém um resultado perante a aplicabilidade de alguma proposta de pesquisa. Sendo assim, compreendemos por Relação uma construção horizontal na pesquisa, onde os sujeitos trabalham coletivamente, respeitando os

modos de ser e existir dentro de suas comunidades. É uma ética de cuidado e respeito no campo em que adentramos enquanto pesquisadores, permitindo trocas genuínas entre os saberes.

INSTITUIÇÕES EM ANÁLISE: A PESQUISA-INTERVENÇÃO

Aliado às possibilidades pluriepistêmicas na construção de modos contra-hegemônicos de produzir saberes, o Grupo de Pesquisa Intervires (Pesquisa-Intervenção em Políticas Públicas, Saúde Mental e Cuidado em Rede)[3] aposta na pesquisa-intervenção como perspectiva metodológica capaz de abrir fissuras nos paradigmas coloniais da ciência moderna – aqueles que separam o/a/e pesquisador/a/e do objeto, que tratam os campos de investigação de forma extrativista e que hierarquizam o conhecimento por meio da dicotomia sujeito–objeto. Nesse movimento, a pesquisa se torna não apenas produtora de saber, mas também instrumento de transformação social, abrindo espaço para relações mais justas e situadas entre conhecimento, sujeitos e contextos.

Trabalhamos no plano dos acontecimentos, dos encontros entre sujeitos e instituições, acometidas/os pelas surpresas produzidas pelo processo de pesquisar. Trata-se de um modo de pesquisar que não se dissocia dos modos de intervir, diluindo, com isto, relações hierarquizadas na cena da pesquisa. As implicações do/a/e pesquisador/a/e com os jogos de poder constitutivos do campo emergem como fundamentais ao trabalho investigativo (Lourau, 1993). A análise de implicação, oriun-

3 Grupo de Estudos, Pesquisas, Invenções e Intervenções no campo da Saúde Coletiva, das cidades, das políticas de saúde mental e políticas de subjetividade contemporânea, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e, desde 2008, dedica-se à experimentação entre métodos, numa perspectiva transdisciplinar. Para saber mais sobre o Grupo de Pesquisa Intervires consultar: Paulon, S. M., *et al*, 2023.

da de preceitos institucionalistas, entende que existe uma indissociabilidade entre quem se propõe a conhecer e quem é conhecido, sujeito que pesquisa e sujeito da/na investigação se engendram na pesquisa, se agenciam, se inventam, resultando em uma coprodução e transformação de ambos (Paulon; Romagnoli, 2010).

A pesquisa nesta direção é produzida na imbricação com as instituições enquanto vetores dos modos de produção de subjetividade, campos de força que modulam discursos, práticas, dispositivos e organizações. Ao produzir um encontro com a instituição saúde, são os meandros dos dispositivos das relações de poder, saber e verdade em torno da doença, da normalidade, do corpo, e das populações que comparecem à cena da pesquisa, incidindo tanto nas práticas das organizações (serviços de saúde e seus equipamentos), quanto na construção de conhecimentos neste campo. Ao nos situarmos ao lado da pesquisa-intervenção, compreendemos a cena da pesquisa e os seus atores dispostos, as instituições que os compõem, ou seja, atravessados pelas relações que estabelecem com essas instituições (Monceau, 2008). Em uma cena de pesquisa, a instituição saúde pode se encontrar com as instituições da raça, da branquitude e do gênero como aquilo que "fala pela sua boca", que tem voz ativa no processo. O desafio ético-político colocado é fazer emergir essas relações pela análise de implicação aliada a uma política de narratividade que evidencie o jogo de forças em campo, considerando uma construção de compreensão coletiva no trabalho.

Destacamos neste contexto o diário de campo, oriundo das pesquisas etnográficas, que se apresenta como uma das ferramentas de registro e da análise das implicações do trabalho de campo na pesquisa-intervenção. Para Lourau (1993), o diário possibilita o conhecimento da vivência cotidiana de campo, ou seja, não o como fazer das normas, mas o como foi feito na prática. A escrita diarística

permite um certo exercício de restituição e reflexão sobre o exercício cotidiano, o que possibilita desnaturalizar a suposta neutralidade do/a/e pesquisador/a/e, deparando-se com as instituições que atravessam quem pesquisa e construindo uma outra lógica de pesquisar. É uma ferramenta eficaz para quem quer compreender sua prática e que convoca a um certo exercício de coragem, pois – através do registro – permite guardar uma memória dos acontecimentos e como estes impactam quem pesquisa. Nesse sentido, quem escreve o diário capta as percepções, os diálogos, as experiências vividas de um determinado momento e, após um espaço temporal – que vai permitir um distanciamento do campo intensivo no momento do registro – retorna à escrita, propicia a reflexão crítica e a possibilidade de mudanças caso se faça necessário (Hess; Weigand, 2006).

Ao considerar o estatuto da ciência moderna-colonial, nosso grupo de pesquisa tem-se convocado a experimentar tais ferramentas teórico-metodológicas que interroguem as posições de poder que o constituem e questionem a negação de existências e saberes minoritários historicamente marginalizados e expulsos pela branquitude e elitismo da instituição acadêmica. Mais do que incluir novas referências nos currículos dos programas de pós-graduação, nas dissertações e teses, interessa-nos saber quais as repercussões metodológicas dessas leituras. Sabemos que incluir autoras/es antes renegadas/os pela academia, convidar os sujeitos participantes das pesquisas para assistir aos resultados dos estudos nas bancas de defesa das teses e dissertações, problematizar a anonimização dos sujeitos, discutir o estatuto do sigilo e tensionar protocolos éticos junto aos comitês de avaliação não é suficiente. Porém, como operar tais apostas ético-políticas no ato de pesquisar? Como trazê-las à relação com o campo, com as/os/es participantes, ao analisar dados, escrever análises, divulgar resultados, publicar reverberações do campo, sem nos apropriarmos hegemonicamente destas

pesquisas? É preciso assumir uma radicalidade epistemológica, como convoca Bruna Battistelli (2020): as obras, as/es/os autoras/es e participantes "não podem ter a função de coadjuvantes em um texto branco e identificado como um modelo europeu (ou estadunidense). Não podem servir para colorir o texto". Precisamos construir junto destes sujeitos o protagonismo, compreendendo de fato as questões que atravessam as nossas pesquisas no Brasil e fomentando esta construção coletiva em nossa realidade local.

Alinhamo-nos, neste sentido, à crítica de Carla Akotirene (2020) sobre a apropriação embranquecida que a academia faz do conceito interseccionalidade. Ao utilizar a proposta teórica e metodológica descontextualizada de sua origem epistemológica (o feminismo negro) a academia se aproxima da lógica colonial, extraindo e inserindo esta luta naquilo que a ela interessa: a manutenção das lógicas dominantes, brancas e euro-estadunidenses. O apagamento das mulheres negras como produtoras de conhecimento, de suas experiências e da posição ético-política que marca o conceito de interseccionalidade, bem como a falta de compromisso na análise e enfrentamento à matriz de dominação, indicam a necessidade de maior rigor e honestidade científica.

Interessa-nos, para tanto, perscrutar as ferramentas da Análise Institucional em composição à perspectiva contracolonial que tensionam os binarismos sujeito-objeto, pesquisador-pesquisado, que operam deslocamentos às hierarquias de saber, borram a definição dos sujeitos do conhecimento e nos auxiliam a retomar, ao longo do processo investigativo, a direção ético-política da Pesquisa-Intervenção. Inúmeros questionamentos têm permeado nossos encontros no grupo de pesquisa: quem produz conhecimento, aquelas/es que assinam como pesquisador/a/e ou que fornecem horas de entrevistas e materiais a serem analisados? Já seguimos essa pista para além do binarismo colocado.

Se acordamos que participantes são tão produtores de conhecimento quanto pesquisadoras/es, a quem favorece a anonimização obrigatória nos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em nome do sigilo e da proteção? Quando instrumentos de garantias éticas na pesquisa com seres humanos se tornam normas despolitizadas, retiradas de seu sentido e tidas como obrigatórias, é preciso repensar o que realmente produzem: se produzem cuidado ou reiteram a violência e a desigualdade epistemológica.

Se temos como horizonte a descolonização da ciência e das universidades, como lugares de excelência na produção da injustiça epistêmica, a visibilidade e afirmação da coautoria na produção de conhecimento passa a ser essencial. Quais as possibilidades no percurso da pesquisa para a coautoria, seja perante os Comitês de Ética ou para o campo editorial? Quais seriam os "níveis" de coautoria: escolha de sair do anonimato, participar ativamente da análise da pesquisa, publicar como coautor/a/e? Como salpicar, ao longo do processo, germens de coautoria? É preciso atentar-se quando o desejo do/a/e pesquisador/a/e de compartilhar a autoria com as/es/os participantes é também efeito da sobreimplicação? Pois, uma vez que a autoria de produções científicas é algo desejado e de muito valor a/ao pesquisador/a/e, subentende-se que o seja para todas as pessoas, inclusive para as/es/os participantes. É a sobreimplicação com a instituição pesquisa que o impede de ver outros elementos importantes.

A sobreimplicação, segundo Monceau (2008) – advinda da tradição da Análise Institucional —, compreende-se como um dos elementos que caminha junto à análise de implicação. Na sobreimplicação as/es/os pesquisadoras/es estão impossibilitados de realizar a análise de suas implicações devido ao lugar que ocupam desde o interior das instituições a que pertencem. Assim sendo, um pesquisador homem bran-

co e cisheterosexual pode estar sobreimplicado com as instituições da branquitude e da cisheteronormatividade patriarcal desde a qual toma parte e assim não conseguir produzir devidamente as análises da sua implicação na cena da pesquisa.

É, portanto, a partir dos encontros transcorridos entre corpos, saberes e contextos que se produz o pesquisar em um território coletivo compartilhado. Os modos de subjetivação e campos de força que estão agindo na cena da pesquisa, coproduzem o campo em um plano de experimentação em que o percurso, mais do que o objetivo final será produtor dos elementos de análise, em composição com as instituições que incidem e reverberam nos atores e pesquisadores.

> Achar a boa pergunta, tornar a pesquisa interessante, não é uma tarefa a ser desempenhada de maneira arbitrária pelo pesquisador. Não é ele quem decide o que é interessante, do mesmo modo que não é o participante quem o determina. A pergunta acerca do interesse nos conduz a um domínio de sentido em que pesquisador e participante são mais as criaturas do que os criadores (Barros; Barros, 2014, p. 194).

Se somos mais criaturas que criadores, resta-nos a tarefa de estarmos atentas/es/os e registrarmos as relações e os mundos que nossas intervenções têm produzido. Para isso, as alianças e agenciamentos entre a pesquisa-intervenção e os saberes contracoloniais estão em constante averiguação, a fim de evitar a reprodução de desigualdades epistêmicas. A partir do diário de campo e da análise de implicação, podemos percorrer nossos pactos com as instituições pesquisa, raça, gênero, capital, moral, entre tantas outras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: PELO DIREITO ÀS PESQUISAS DESAFINADAS

A Saúde Coletiva é produção sociopolítica e institucional do Sul Global, concebida como resposta aos paradigmas colonizadores da saúde. Como área interdisciplinar, configura-se como um campo em devir (Vieira-da-Silva, 2018), habitado por forças instituintes e permeado de contradições, sem deixar de ser, por isso, inovador e sustentado por valores ético-políticos da democracia e da emancipação. Todavia, certos modos de operar, como apontam Merhy *et al.* (2022), derivados de valores tradicionais, persistem e capturam as redes de pensar, aprender e conhecer, travando os processos de criação.

Esses valores tradicionais são imanentes de formas de produção de conhecimento e ação política ancorados no paradigma eurocêntrico – que embora tenha sido em alguma medida problematizado e contornado – conserva e reproduz um modo de conceber a ciência pelos ditames da racionalidade cartesiana, que desloca ciência e mundo, sustentado uma relação objetivadora dos sujeitos.

Nesta direção, a reflexão sobre metodologias descoloniais e saberes pluriepistêmicos na pesquisa-intervenção em Saúde Coletiva evidencia que o conhecimento e o pesquisar são sempre atravessados por relações históricas de poder e hierarquias institucionais. A ciência moderna, estruturada a partir da objetificação do sujeito e da universalização eurocêntrica, naturaliza exclusões e marginalizações, silenciando experiências e saberes subalternizados. Em contraponto, a aposta em epistemologias contracoloniais permite deslocar a centralidade do/a/e pesquisador/a/e e reconhecer os participantes como coautoras/es, reafirmando a necessidade ética e política de repartir poder na produção de conhecimento.

Defender o direito à pesquisa "desafinada", retomando Nego Bispo (2023), é reconhecer que a legitimação da Saúde Coletiva depende de se dar passagem para práticas e saberes que escapam à normatividade institucional imposta pelo próprio sistema de pesquisa. É somar com as vozes, experiências e trajetórias historicamente marginalizadas para que se inscrevam e sejam reconhecidas na produção de conhecimento, transformando não apenas a forma de pesquisar, mas também os próprios conceitos, categorias e metodologias. Nesse sentido, a pesquisa desafinada não é falha: é um ato político e ético, que confronta a rigidez epistemológica, questiona hierarquias e cria zonas de liberdade e invenção.

Para ativar plenamente o potencial da Saúde Coletiva e ampliar sua participação na construção de mundos-outros, é necessário resgatar e fortalecer as forças sociais que permitiram sua gênese histórica, assim como as articulações e práticas que estruturam sua produção de saberes. Só assim o campo se mantém vivo, em constante transformação, capaz de acolher a diversidade, reinventar métodos e imaginar novas formas de existir, cuidar e conviver. A Saúde Coletiva, em sua potência, se amplia quando se autoriza a desafinar: quando se permite errar, inovar e reinventar, reconhecendo que a criação de mundos justos, solidários e sustentáveis depende da liberdade de pensar e agir para além das normas estabelecidas.

Cabe à própria Saúde Coletiva dar passagens a novas epistemologias, recompor alianças e sustentar em seu próprio interior a tensão da (con)vivência pluriespistêmica, condição para a sustentação deste campo como efetivamente (trans)interdisciplinar e (trans)formador. Enquanto coletivo de pesquisadoras e pesquisadores, temos explorado ferramentas da Análise Institucional – como a análise de implicação e o diário de campo – combinadas à Pesquisa-Intervenção, à Saúde Coletiva e a saberes

contracoloniais, a fim de compreender os movimentos instituídos e instituintes que produzimos ao pesquisar, bem como o modo como tais movimentos nos aproximam ou nos afastam da justiça epistêmica e social.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. **O bem viver: uma oportunidade para imaginar outros mundos**. São Paulo: Autonomia Literária; Elefante, 2016.

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Sueli Carneiro; Jandaíra, 2020.

BARROS, L. M. R.; BARROS, M.E.B. O problema da análise em pesquisa cartográfica. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (org.). **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum**. Porto Alegre: Sulina, 2014. p. 175-202.

BATTISTELLI, B. M. Cara colega de Universidade. In: N-1 EDIÇÕES. **Pandemia crítica (92)**. São Paulo: n-1 edições, 2020. Disponível em: https://n-1edicoes.org/pandemia-critica/pandemia-critica-092-cara-colega-de-universidade/

BISPO, A. S. **A terra dá, a terra quer**. São Paulo: Ubu Editora; Piseagrama, 2023.

BRASIL. Lei n.º 12.711, de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, 30 ago. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12711.htm

CZERESNIA, D. **Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. Disponível em: https://books.scielo.org/id/knm4c

DEMÉTRIO, F.; BENSUSAN, H. N. O conhecimento dos outros: a defesa dos direitos humanos epistêmicos. **Revista do CEAM**, Brasília, v. 5, n. 1, p. 110-124, 2019. DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.3338716. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/revistadoceam/article/view/22296. Acesso em: 10 out. 2025.

GLISSANT, É. **Poética da relação**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2021.

GROSFOGUEL, R. A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 31, n. 1, p. 25-49, jan. 2016.

GROSFOGUEL, R. (org.). **Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

HESS, R.; WEIGAND, G. A escrita implicada. **Revista Reflexões e Debates**, v. 11, p. 14-25, 2006.

LOURAU, R. **Análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LUZ, M. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade moderna** [recurso eletrônico]. Editor: Rodrigo Murtinho. Rio de Janeiro: Fiocruz; Edições Livres, 2019. Disponível em: https://www.santoandre.sp.gov.br/pesquisa/ebooks/418892.pdf

MALDONADO-TORRES, N. Analítica da colonialidade e decolonialidade: algumas dimensões básicas. In: BERNARDINO-COSTA, J.; MALDONADO-TORRES, N. (org.). **Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

MERHY, E. E.; BERTUSSI, D. C.; SANTOS, M. L. de M. dos; ROSA, N. S. F.; SLOMP JUNIOR, H.; SEIXAS, C. T. Pandemia, Sistema Úni-

co de Saúde (SUS) e Saúde Coletiva: com-posições e aberturas para mundos outros. **Interface (Botucatu)**, v. 26, e210491, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/interface.210491.

MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 19-26, jan. 2008.

OYÈWÙMÍ, O. Visualizing the body: Western theories and African subjects. In: COETZEE, P. H.; ROUX, A. P. J. (eds.). **The African Philosophy Reader**. New York: Routledge, 2002.

OYÈWÙMÍ, O. **A invenção das mulheres: construindo um sentido africano para os discursos ocidentais de gênero**. 1. ed. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2021.

PASCHE, D. F. Saúde Coletiva: (re)afirmações e (re)combinações para seguir na defesa da vida. **Interface (Botucatu)**, v. 26, e210671, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/interface.210671.

PAULON, S. M. *et al*. Cartas intervenientes: sobre pesquisas brincantes e artesanias coletivas. In: AMADOR, F.; PAULON, S.; MAURENTE, V.; REIS, C. (org.). **A pesquisa como criação de mundos:** 20 anos do PPGPSI/UFRGS na construção da psicologia social [livro eletrônico]. Florianópolis: ABRAPSO Editora, 2023. Disponível em: https://site.abrapso.org.br/wp-content/uploads/2023/11/Livro-pesquisa-como-criacao-de-mundos-4.pdf

PAULON, S. M.; ROMAGNOLI, R. C. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 10, n. 1, 2010.

SCHRAIBER, L.B *et al*. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 14, p. 1019-1027, 2009.

SPIVAK, G. C. **Pode o subalterno falar?** Tradução: de Sandra Regina Goulart Almeida; Marcos Pereira Feitosa; André Pereira. 1. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **O campo da Saúde Coletiva**: gênese, transformações e articulações com a Reforma Sanitária. Salvador; Rio de Janeiro: EDUFBA; Editora Fiocruz, 2018.

WERNECK, J. Nossos passos vêm de longe! Movimentos de mulheres negras e estratégias políticas contra o sexismo e o racismo. In: WERNECK, Jurema; MENDONÇA, M.; WHITE, E. C. (org.). **O livro da saúde das mulheres negras:** nossos passos vêm de longe. Rio de Janeiro: Pallas; Criola, 2006.

WERNECK, J. O desafio das Ialodês: mulheres negras e a epidemia de HIV/AIDS. In: WERNECK, J.; MENDONÇA, M.; WHITE, E. C. (org.). **O livro da saúde das mulheres negras:** nossos passos vêm de longe. Rio de Janeiro: Pallas; Criola, 2006.

INTERSECCIONALIDADE COMO FERRAMENTA DECOLONIAL DE CORPORALIDADES DISSIDENTES NA ACADEMIA BRASILEIRA

Bianca Niemezewski Silveira

INTRODUÇÃO

Grandes autoras feministas como Gloria Anzaldúa, Conceição Evaristo e bell hooks falam sobre a escrita como ferramenta para aliviar as suas dores e, inclusive, desviar das regras engessadas, chamadas de "tolices esotéricas" por Gloria, da academia. De fato, a escrita com liberdade (assim como as escrevivências de Conceição), que não se esgota em experiências individuais pois carrega as vivências da coletividade, pode alcançar o propósito de cura de dores vividas, sejam elas dentro ou fora da academia. Dessa forma, através do ativismo acadêmico que propõe reparações epistemológicas, busco através dessa escrita curar dores comuns às corporalidades dissidentes, entre as quais me incluo, que lutam para sobreviver dentro da academia. Tais corporidades têm a interseccionalidade como parte do projeto acadêmico-político da decolonialidade necessário para buscarmos fissuras estruturais nas relações de privilégio. (Anzaldúa, 2000; Constância Lima Duarte, 2020)

LUGAR DE FALA E ACADEMIA

O que significa ser uma corporalidade dissidente dentro da academia? Como entrar e como permanecer? O espaço acadêmico, que é capaz de produzir conceitos e epistemologias, representa um dispositivo de poder, na noção foucaultiana de uma rede de discursos, leis,

normas, regras, medidas, enunciados científicos, que engloba o dito e o não dito, o qual pode contribuir para a permanência e progresso de seus matriculados ou para a exclusão e desistência daquelas corporalidades (Foucault, 2020). Esse espaço produtor de epistemologias as produz através da representatividade das pessoas que nela estiverem presentes. Obviamente, como o próprio conceito de lugar de fala que Djamila Ribeiro menciona em sua obra, nada impede que uma pessoa branca fale sobre racismo, por exemplo, mas o fato é que, por mais que essa pessoa possa trazer luz ao debate, ela não será capaz de trazer o tema através da epistemologia daqueles que não estão ali representados. Ou seja, tanto uma pessoa branca quanto uma negra podem e devem discutir sobre o assunto, porém é necessária a compreensão e consciência de que falarão de lugares distintos (Ribeiro, 2019).

Dessa forma, desde a implementação da Lei de Cotas (Lei nº 12.711/2012) no Brasil, houve mudanças significativas no perfil das pessoas presentes no espaço universitário. Enquanto em 2001, estudantes pretos, pardos e indígenas representavam 31,5% dos matriculados nas universidades públicas, após a implementação das cotas raciais, esse número saltou para 52,4% em 2021. No mesmo período, a presença de alunos das classes D e E também aumentou de 20% para 52%, demonstrando uma mudança no perfil econômico das pessoas matriculadas. O aumento do acesso de representantes da diversidade no âmbito do ensino superior tensiona a ressignificação do que é entendido por produção do saber e questiona o colonialismo epistêmico, promovendo e incentivando produções científicas voltadas à superação do epistemicídio. Essa mudança proporciona espaço para a produção de novas epistemologias – as quais definem não só como, mas também quem produz conhecimento verdadeiro e em quem acreditamos, possibilitando que as vozes e as produções intelectuais de corporalidades já institucionalmente silenciadas sejam consideradas

e estudadas. É necessária essa representatividade para que possa não ser apagada a história escravagista, a misoginia e demais opressões no Brasil contadas pela perspectiva dos grupos subalternizados. Portanto, nesse sentido, ações afirmativas têm potencial transformador, não só ampliando o acesso à universidade, mas também desestabilizando estruturas excludentes do sistema educacional (Campos; Lima, 2025; Ribeiro, 2019).

Cabe constar que, aqui, opto pelo termo das corporalidades justamente porque as pessoas que carregam as sequelas do colonialismo o fazem antes mesmo de serem vistas enquanto pessoas pensantes e com potencial. As corporalidades colonizadas são julgadas enquanto inferiores pela sua cor, etnia, pelo seu tamanho, pela sua aparência, estabelecendo valores morais sobre essas pessoas – ainda que nenhuma dessas características relacionadas às corporalidades possam ser preditoras da imensidão de possibilidades e potencialidades que elas carregam.

Retomando o conceito de lugar de fala, ressaltar a importância da presença e representatividade das corporalidades dissidentes na academia, para que possam ter espaço e visibilidade para produção de novas epistemologias, não significa que apenas essas corporalidades possam tratar desses assuntos. As batalhas travadas para manter-se vivos (dentro do conceito de biopoder de Foucault) incluem lutas contra o racismo, o patriarcado, a LGBTfobia, a gordofobia, o capacitismo, etarismo, xenofobia. Porém, por mais que lutem para sobreviver, não são elas que promovem a opressão sobre si mesmas. Desse modo, é imprescindível que as pessoas pertencentes aos grupos privilegiados tomem consciência de seus lugares de fala, para, assim, assumirem-se como verdadeiras aliadas no combate às opressões, entendendo, como menciona Cida Bento, que elas são herdeiras de benefícios dos colonizadores (Bento, 2022; Foucault, 2020).

As opressões a que são submetidas as corporalidades dissidentes as forçam a pensar e refletir sobre os seus lugares de fala. Como menciona Rita von Hunty, no prefácio de *O que é identitarismo*?:

> via de regra, as posições subalternas no interior dos paradigmas de identificação de sujeitos não são "autoatribuídas", mas violentamente produzidas de forma material e ideológica sobre os corpos vencidos, superexplorados, escravizados e subvertidos em estranhos-abjetos na modernidade (Barros, 2024, p. 18).

Assim, toda pessoa que foge da norma colonizadora – branca, masculina, cisgênera, magra, sem deficiências – enfrenta desafios e dificuldades de acesso em todos âmbitos de sua vida e, com isso, em geral, vê-se obrigada a refletir sobre seu lugar no mundo, seja sob o ponto de vista de identidade de gênero, seja de classe social, por exemplo. É comum que ao longo da vida, ao perceber essas barreiras, a pessoa dissidente passe por um processo inicial de culpabilização ao tentar entender o que fez de "errado" para não conseguir acessar o que os demais acessam e, posteriormente, possa chegar à reflexão de que esses acessos na verdade lhe são roubados simplesmente por ser uma corporalidade dissidente da norma eurocêntrica estabelecida. Como exemplo, uma pessoa trans, em geral, diante de tudo que lhe é negado, pode ser levada a dedicar muito tempo de reflexão sobre sua identidade de gênero para conseguir se entender e se aceitar numa sociedade que invalida a sua existência no simples ato de precisar utilizar um banheiro para suas necessidades fisiológicas. Da mesma forma, uma pessoa negra, que já foi racializada pela sociedade, pode se ver obrigada a refletir sobre seu lugar social ao tentar, por exemplo, realizar a atividade de pintar um desenho durante sua infância e descobrir que existe um lápis de cor

chamado “cor de pele”, deparando-se com a crueldade do racismo que tem o branco como “normal”.

Entretanto, trazer o conceito de lugar de fala é também romper com essa lógica de que somente dissidentes reflitam e falem exaustivamente sobre suas localizações. Há uma convocação para que aqueles inseridos na norma hegemônica, que não sofrem as opressões da norma, pensem contundentemente sobre qual o lugar social que ocupam. É preciso – e urgente – que pessoas cis reflitam sobre seu gênero e a cisgeneridade para serem aliadas na luta antitransfobia; que as pessoas brancas estudem sobre o pacto narcísico da branquitude para serem aliadas na luta antirracista; que os homens entendam o papel do patriarcado na sociedade para aliarem-se na luta antimachista; que as pessoas magras percebam o seu lugar social para se tornarem aliadas na luta antigordofobia; que as pessoas sem deficiência compreendam os seus privilégios se aliando na luta anticapacitista. Afinal, é preciso romper com todas essas sequelas do colonialismo – sendo a do racismo, por exemplo, descrita por Cida Bento como “ser branco é viver sem se notar racialmente, numa estranha neutralidade” (Bento, 2022).

Posto isso, situo essa escrita acadêmica em primeira pessoa descrevendo meu lugar de fala como uma pessoa com os privilégios herdados de ser cisgênera, de não ser uma pessoa negra e de ter me formado em medicina – num país em que menos de 20% da população tem formação em ensino superior (IBGE, 2023). Mas ao mesmo tempo, represento os recortes sociais de uma mulher cis, bissexual, gorda e egressa de uma formação em universidade privada que só foi possível através da política pública de financiamento estudantil chamada FIES (Fundo de Financiamento Estudantil) – uma ação do governo federal rasileiro destinada a financiar a graduação de estudantes matriculados em cursos presenciais não gratuitos.

INTERSECCIONALIDADE

Seguindo na temática do lugar de fala, apesar de não ter uma epistemologia própria que o defina, Djamila apresenta a hipótese de que esse conceito pode ter origem na teoria do *feminist standpoint*, (Ribeiro, 2019) a qual abrange conteúdos da interseccionalidade quando diz, por exemplo, que a "experiência da opressão sexista é dada pela posição que ocupamos numa matriz de dominação onde raça, gênero e classe social se interceptam em diferentes pontos", ou seja, "raça, gênero, classe social e orientação sexual se reconfiguram mutuamente formando o que Grant chama de um mosaico que só pode ser entendido em sua multidimensionalidade" (Bairros, 1995, p. 461). Os trechos citados tratam da teoria do ponto de vista feminista, que seria uma possível origem do conceito de lugar de fala. No entanto, essas descrições dialogam diretamente com a definição de interseccionalidade.

Segundo Collins, a interseccionalidade pode ser entendida como uma ferramenta analítica que "considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade etnia e faixa etária – entre outras – são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente" (Collins, 2021, p. 17), ou seja, sobrepõem-se e funcionam de maneira unificada. No primeiro capítulo de sua obra, a autora aborda o conceito de interseccionalidade através do contexto histórico do feminismo negro no Brasil. Apesar de o governo nacional brasileiro ter alegado oficialmente na época do regime militar (1964-1985) que no país não havia "raças", propagando o mito da existência de uma democracia racial, o movimento social através do feminismo negro percebeu que…

> nem o feminismo brasileiro, liderado por mulheres que eram sobretudo ricas e brancas, nem o movimento negro, que estava ativamente engajado em

> reinvindicar uma identidade negra coletiva que identificava o racismo como uma força social, poderiam por si sós abordar de maneira adequada as questões das afro-brasilerias (Collins, 2021, p. 45).

No trecho acima citado, fica evidente como o conceito de interseccionalidade vai além de um simples somatório de determinantes sociais ou características estruturantes de um grupo subalternizado. Trata-se de uma interação complexa e inter-relacional, não basta um movimento social com apenas uma das características, mas sim exige-seuma articulação para a formação de um movimento que possa de fato abranger todas múltiplas questões interseccionais envolvidas. Dessa forma, Collins segue seu texto descrevendo que…

> nenhum de seus aliados mais próximos – homens negros no movimento negro, ou mulheres brancas no movimento feminista, ou socialistas nas organizações que defendiam os direitos da classe trabalhadora – defenderia visceralmente os principais interesses dessas mulheres com tanto fervor quanto elas mesmas (Collins, 2021, p. 46).

Nessa mesma obra, Collins traz seis ideias das estruturas interseccionais, porém aqui gostaria de destacar duas. A primeira se trata da desigualdade social. Ao reconhecer que a desigualdade social raramente é causada por um único fator, a interseccionalidade adiciona camadas de complexidade, entendendo que ela se dá através das interações entre as várias categorias de poder, e não do simples somatório de cada uma delas separadamente. A segunda que destaco é a da complexidade. Collins afirma que a análise interseccional é difícil justamente porque a própria interseccionalidade é complexa e inclusive acrescenta que “tal

complexidade não facilita a vida de ninguém" (Collins, 2021, p. 32). Entretanto, ela também destaca que mesmo complicando o trabalho e podendo gerar frustração para acadêmicos, profissionais e ativistas, a complexidade não é consequência da interseccionalidade, mas algo que aprofunda a análise interseccional (Collins, 2021).

O COLONIALISMO E AS INTERSECÇÕES

Pensar a interseccionalidade de opressões implica em opor-se ao projeto colonizador das corporalidades, que serve para negar total ou parcialmente sua humanidade e colocá-las sob a lógica capitalista, patriarcal, racista, gordofóbica e capacitista. Dessa forma, para ampliar a compreensão sobre essas opressões, é necessário discorrer um pouco sobre os conceitos de descolonização, decolonialidade e contracolonialidade. O Glossário de Termos do Pensamento Contracolonial Brasileiro descreve a descolonização como:

> um processo histórico a partir do qual um território se emancipa politicamente do país que o subjuga e sobre ele detém o domínio; no entanto, a descolonização nem sempre infere em superação das heranças coloniais e seus pensamentos supressores da identidade de um povo (Seganfredo, [s.d.], p. 41).

Entretanto, o mesmo documento ressalta o fato de que um país passar por um processo de descolonização política, tornando-se independente de seu antigo colonizador, não significa necessariamente ter passado também pela descolonização completa das estruturas coloniais previamente impostas. Nesse sentido, traz em seguida o seguinte conceito de decolonialidade:

> pensamento fruto de uma histórica luta de movimentos sociais, compreende o racismo enquanto uma herança dos tempos coloniais que deve ser questionada a fim de uma emancipação que vai além da independência econômica e política do país, que se refere a sua multiplicidade de culturas e a emancipação de todas essas (Seganfredo, [s.d.], p. 43).

A contracolonialidade, por sua vez, é diferenciada da decolonialidade por Antônio Bispo dos Santos, conhecido como Nego Bispo, filósofo quilombola que defende que povos que nunca foram colonizados, ou seja, incluídos na sociedade brasileira, não precisam decolonializar-se e sim contrariar o colonialismo a partir da contracolonialidade. Dessa forma, conforme Seganfredo (*[s.d.]*, p. 45), tal conceito "busca desmantelar as opressões experimentadas pela sociedade desde a invasão dos colonizadores em terras habitadas por povos afropindorâmicos, ou seja, populações indígenas, negras, quilombolas e mais".

Ainda que Nego Bispo seja um filósofo brasileiro extremamente relevante nesse tema (e imprescindível para representatividade das epistemologias estabelecidas a partir do lugar de quilombola), não é tão amplamente citado dentro da academia como o autor Frantz Fanon, psiquiatra francês, referência no campo da Saúde Coletiva sobre o tema do colonialismo, o qual ainda representa um pensamento masculino e androcêntrico (Curiel, 2020; Fanon, 2022). É necessário tensionar a abertura de frestas na academia para que se façam visíveiss e estudados outros saberes. Urge discutir esse tema sob outras perspectivas e lugares de fala, como de feministas negras, indígenas, latinas, transfeministas, ativistas da luta antigordofobia.

Nesse sentido, com intenção de dar visibilidade a algumas dessas novas epistemologias, trago a provocação de situar essa escrita, pro-

duzida por uma mulher brasileira, a partir da descolonização do nosso próprio continente: Abya Yala. Esse termo vem da língua kuna e foi sugerido pelo líder aimará Takir Mamani ao Conselho Mundial dos Povos Indígenas em 1977. Para Mamani, chamar nossos territórios e continentes por um nome estrangeiro equivale a submeter nossa identidade à vontade de nossos invasores e seus herdeiros (Montalbetti, 2022).

"Foi no bojo do processo de colonização que se constituiu a branquitude" (Bento, 2022, p. 28). Para além de debater os impactos do colonialismo na própria população negra, é urgente debater a herança escravocrata e os seus impactos positivos para as pessoas brancas, tornar reconhecida publicamente essa sequela do colonialismo na subjetividade do coletivo através do típico acordo tácito que beneficia até mesmo os brancos pobres e a classe trabalhadora (Bento, 2022). Da mesma forma, através do transfeminismo, Letícia Nascimento defende o reconhecimento de outras epistemologias que não aquelas representadas nas bibliografias ciscentradas, mas sim as que valorizam e apresentam os saberes produzidos por corporalidades trans. Para tal, ela também enfatiza o colonialismo como barreira nesse processo e destaca que:

> é preciso entender que a diversidade não precisa nos dividir, nem criar hierarquias. Na verdade, esse modo de pensar constitui uma astuta estratégia usada desde a colonização, a de dividir, classificar, hierarquizar e governar. O homem colonizador cis, ocidental, branco, cristão e heterossexual se entendeu como universal, transformou suas singularidades em padrões universais e subjugou as demais identidades (Nascimento, 2021, p. 42).

O projeto civilizatório descrito por Letícia na citação acima precisa estar no cerne das discussões, pois auxilia no desmantelamento

do pensamento colonial que define a corporalidade tida como universal. Enfatizando o papel essencial do capitalismo nesse contexto, a sociedade capitalista colonial passa a controlar as corporalidades enquanto força de trabalho e de produção de mais-valia. Diante disso, aquelas que são proletárias são as mais exigidas na sua mais eficaz e eficiente funcionalidade para servir e gerar riqueza às classes mais abastadas.

Para aprofundar o debate sobre a desumanização a que o colonizador submete os colonizados como menciona Fanon, autoras do ativismo gordo de Abya Yala (como Laura Contrera e Lucrecia Masson) afirmam que essa desumanização se faz presente não só na insistência do convencimento de que nós, pessoas de Abya Yala, somos inferiores, mas também de que o são os nossos costumes, os nossos saberes e até mesmo os nossos traços fenotípicos, sejam eles nossa cor ou nossos tamanhos. Nesse sentido, a gordofobia também faz parte das sequelas do colonialismo, visto que não pode ser pensada fora do contexto colonial racista, patriarcal, cis-hetero capitalista. Portanto,

> De esta forma, las colonialidades, "blanquitud" y patologización de cuerpas gordas aliada la construcción del género según la visión del patriarcado eurocéntrico trajo como consecuencia que neguemos nuestros cuerpos, las características fenotípicas y corpóreas provenientes de nuestras ancestrales y procuremos encajarnos en vano en un patrón hegemónico que es intangible. (Montalbetti, 2022, p. 15).

INTERSECCIONALIDADE COMO FERRAMENTA DECOLONIAL

A academia cria e reproduz hierarquias de conhecimento estabelecidas pelo colonialismo através de currículos eurocentrados, da manutenção do silenciamento de saberes subalternizados e inclusive da promo-

ção do epistemicídio dos mesmos. Assim como denunciam Ochy Curiel e Letícia Nascimento, as produções feministas negras e transfeministas seguem na maioria dos casos fora das bibliografias consultadas, sendo ignoradas e desprezadas numa postura científica que se mostra antiética e epistemicida.

Da mesma forma, Djamila também questiona "Saberes construídos fora do espaço acadêmico são considerados saberes?" (Ribeiro, 2019, p. 44). Sabemos qual é a resposta e, justamente por isso, torna-se tão imprescindível que esses conhecimentos possam ter espaço para serem construídos de dentro para fora – uma das justiças promovidas pela política de cotas, por exemplo. Porém, ainda assim, estar dentro da academia não garante que essas vozes historicamente subalternizadas sejam valorizadas.

> Falar, muitas vezes implica em receber castigos e represálias, justamente por isso, muitas vezes, prefere-se concordar com o discurso hegemônico como modo de sobrevivência? E, se falamos, podemos falar sobre tudo ou somente sobre o que nos é permitido falar? (Ribeiro, 2019, p. 43).

Muitas corporalidades dissidentes são de fato "forçadas" a entrar nas disputas de narrativas pelas práticas de exclusão a que são submetidas. Não é confortável, não é agradável, é cansativo e exaustivo disputar espaço e exigir reconhecimento. Mesmo com tantos pensadores e pensadoras dissertando sobre a interseccionalidade e sua relevância como ferramenta analítica e social, trazer as temáticas identitárias de racismo, opressão de gênero, gordofobia, capacitismo ainda é visto geralmente como algo chato e amplamente deslegitimado dentro da academia. Desse modo, os esforços pela tomada de consciência sobre o que significa

desestabilizar a norma hegemônica ainda são lidos como inapropriados ou agressivos justamente porque se fazem presentes no confronto com o poder hegemônico já estabelecido. Afinal de contas, "só fala na voz de ninguém quem sempre teve voz e nunca precisou reivindicar sua humanidade" (Ribeiro, 2019, p. 51).

O ingresso de corporalidades historicamente marginalizadas e, portanto, dissidentes da norma eurocentrada e patriarcal na educação superior traz para dentro da academia os seus saberes ancestrais, comunitários e de resistência. As cotas transformam a universidade por dentro e garantem que os sujeitos das ações afirmativas ocupem com dignidade o lugar que sempre lhes foi negado na produção científica (Campos; Lima, 2025). Apesar de as cotas para dissidências raciais já terem sido conquistadas, ainda se luta pela inclusão de outras populações subalternizadas, como é o caso da população trans. Na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), por exemplo, atualmente há cotas para pessoas trans em alguns Programas de Pós-Graduação, porém isso ainda não é uma realidade na graduação. Por esse motivo, inclusive, que o Diretório Central de Estudantes está articulando, junto à Rede Elu, debates sobre os desafios e perspectivas da implementação das cotas trans na graduação.

Por fim, retomando as perguntas disparadoras levantadas inicialmente, ser uma corporalidade dissidente dentro da academia significa ser resistência, já que a nossa existência interseccional tensiona as estruturas estabelecidas. Como já mencionado, o sistema de cotas se mostra como estratégia fundamental para garantir a entrada na academia, porém ainda é necessário refletir sobre como garantir meios para que a permanência seja possível, indo além do ingresso. Por conseguinte, a interseccionalidade se mostra como uma potente ferramenta decolonial, a qual precisa estar amplamente presente nos currículos e nas práticas metodológicas de ensino na formação universitária, garantindo o reconhecimento de sabe-

res indígenas, negros, de Abya Yala como válidos através de currículos verdadeiramente pluriepistêmicos – sobretudo com o compromisso ético de incorporar produções sem domesticá-las.

Não pretendo de forma alguma esgotar o assunto, mas sim trazer reflexões e provocações sobre o tema. Destaco ainda que há a limitação relativa às lacunas de bibliografias que sejam reconhecidas na temática do capacitismo ou que sejam escritas por pessoas com deficiência. É imprescindível e urgente que a academia se comprometa com identificar, criticar e abandonar a visão colonial que foi construída pelos colonizadores sobre nós de Abya Yala. Como afirma Fanon, "a revolução pressupõe que sejamos capazes de traçar outras narrativas sobre nós, sobre nossa história, sobre aquilo que a modernidade nos apresentou como fundamental" (Fanon, 2022, p. 19). Assim, além de ser um espaço para a cura de dores coletivas, desejo que essa escrita possa servir como um dispositivo disparador para que outras corporalidades dissidentes sintam-se convidadas a compor o ativismo acadêmico e a compartilhar nossas histórias através das nossas próprias narrativas – e não daqueles que nos colonizaram.

REFERÊNCIAS

ANZALDÚA, G. Falando em línguas: uma carta para as mulheres escritoras do terceiro mundo. **Revista Estudos Feministas**, v. 08 n. 01, 2000.

BARROS, D. **O que é identitarismo?** São Paulo: Boitempo, 2024.

BENTO, C. **O pacto da branquitude**. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

CAMPOS, L. A.; LIMA, M. (org.). **O impacto das cotas**: duas décadas de ação afirmativa no ensino superior brasileiro. Belo Horizonte: Autêntica, 2025.

COLLINS, P. H. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2021.

CONSTÂNCIA L. D.; NUNES, I. R. **Escrevivência**: a escrita de nós. Rio de Janeiro: Mina Comunicação e Arte Ltda, 2020.

CURIEL, O. Crítica pós-colonial a partir das práticas políticas do feminismo antirracista. **Revista de Teoria da História**, v. 22, n. 2, 2020.

FANON, F. **Os condenados da terra**. Rio de Janeiro: Zahar, 2022.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Paz e Terra, 2020.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **Censo Demográfico 2022**. [S.l.], 28 maio 2023. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama. Acesso em: 2 set. 2025.

MONTALBETTI, C. J. L. **Cuerpas gordas de Abya Yala: colonialidad, racismo y gordofobia**. 2022. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Ensino de História e América Latina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2022.

NASCIMENTO, L. **Transfeminismo**. São Paulo: Jandaíra, 2021.

RIBEIRO, D. **Lugar de fala**. São Paulo: Pólen, 2019.

SEGANFREDO, T. **Glossário de termos do pensamento contracolonial brasileiro**. [S.l.]: Associação Cultural Nonada Jornalismo, [s.d.]. Disponível em: http://nonada.com.br. Acesso em: 1 set. 2025.

RESISTÊNCIAS TRANSFEMINISTAS: POR UMA EPISTEMOLOGIA DA VISIBILIDADE

Gil Leonhardt Ramos
Laura Cecilia López
Zuriyê Machado de Medeiros
Thales Avila Pedroso
Lara Colles de Oliva Araujo
Pamela De Freitas Soares
Vlad Rosa Moraes Menezes

INTRODUÇÃO

Este ensaio tem por objetivo refletir sobre algumas problemáticas sociopolíticas contemporâneas vivenciadas por pessoas trans, no Brasil e em nível global, relacionadas a violações de direitos, violências e resistências (epistêmicas). Para isto, tecemos nossas reflexões a partir de produções de autores e autoras – em sua maioria pessoas trans – que produzem conhecimento decolonial e transfeminista no âmbito acadêmico, frequentemente invisibilizades em seus trabalhos[4].

Esta reflexão se dá num cenário de crescimento das políticas de ação afirmativa para pessoas trans no Ensino Superior no Brasil. Embora na reformulação da Lei de Cotas em 2023 não tenham sido incluídas as pessoas trans como beneficiárias, diversas universidades adotaram este ingresso nos cursos de graduação. Na pós-graduação, várias

4 Este texto surge de discussões que o grupo amadureceu tanto na disciplina Transfeminismos e Saúde, quanto no Laboratório de Interseccionalidades, Equidade e Saúde (LabIES).

iniciativas também estão sendo implementadas, inclusive na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a partir da Resolução 015/2023 que aprova as ações afirmativas para programas *Stricto Sensu* e *Lato Sensu* para ingresso de pessoas transexuais e travestis e tem por objetivo desenvolver programas e políticas de permanência (UFRGS, 2023). Na tentativa de fortalecer essas políticas, que reverberam em resistências epistêmicas, escrevemos este texto alinhades à perspectiva de Iazzetti (2024, p. 4) quando afirma:

> Enquanto pesquisadora travesti, procuro enfatizar, em um trabalho etnográfico engajado e colaborativo, a presença e a atuação de (nós) pessoas trans* dentro e fora do espaço da universidade, de modo a destacar agenciamentos, resistências, redes afetivas e exemplos de boas práticas.

Estruturamos a nossa reflexão em diversas trilhas, no sentido de entrelaçar conceitos e discussões sobre violências estruturais, mas também sobre resistências transfeministas.

VIOLÊNCIA E INTERSECCIONALIDADE: MÚLTIPLAS OPRESSÕES NA VIDA DA POPULAÇÃO TRANS

Pessoas trans enfrentam diversas violências e agressões, muitas vezes invisibilizadas, no contexto do acesso ao ensino básico e superior. A transfobia institucional contribui para a evasão escolar, além do *bullying,* do desrespeito e da falta de reconhecimento oficial do nome social por colegas e docentes. No ensino superior, cursos como fisioterapia, educação física, biologia e outras áreas da saúde são marcados por uma visão extremamente binária, categorizando vivências e pessoas

a partir de uma cisnormatividade que reproduz a transfobia estrutural, especialmente em aulas de anatomia (Neves; Peçanha, 2021).

A partir de uma perspectiva interseccional, é crucial compreender que as existências de pessoas trans são constituídas por marcadores sociais que perpassam questões como raça, classe, território, idade, deficiências. Quanto mais marcadores se acumulam, maiores são as opressões e violências às quais essas pessoas estão expostas (Neves; Peçanha, 2021). Por exemplo, homens trans negros, que antes ocupavam um lugar de hipersexualização enquanto mulheres negras, passam a ser vistos como ameaça ou perigo quando se assumem como homens trans. Com isso, tornam-se alvo da polícia, sendo enquadrados como potenciais criminosos (Caetano; Peçanha, 2022).

Nesse sentido, é importante relacionar a perspectiva interseccional (Akotirene, 2019; Collins, 2021; Hirata, 2014; Davis, 2016) ao transfeminismo. O transfeminismo é uma luta coletiva dentro do feminismo que engloba não apenas mulheres trans e travestis, mas também homens trans, pessoas transmasculinas e não binárias. É um movimento que busca, no caso das transmasculinidades, repensar essas masculinidades a partir do lugar social ocupado por pessoas transmasculinas. Assim, é essencial discutir pautas específicas para essa população, como envelhecimento, saúde (incluindo saúde mental), direitos sexuais e reprodutivos, acesso ao trabalho e à educação. No que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, é importante destacar que muitos homens trans e pessoas transmasculinas têm assumido publicamente a paternidade e debatido sobre gestação – uma discussão fundamental para a construção de políticas públicas voltadas a essa população, uma vez que o Sistema Único de Saúde ainda opera sob uma lógica cisnormativa, que pressupõe apenas mulheres cis como capazes de gestar. Além disso, é crucial incluir na pauta o direito ao aborto seguro e legal

para homens trans, pessoas transmasculinas e não binárias, já que essa população também enfrenta violências como o estupro corretivo (Peçanha; Jesus; Monteiro, 2023).

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS TRANS

Retomando as demandas de saúde, é fundamental compreender sua diversidade. Questões como dignidade menstrual afetam homens trans, pessoas transmasculinas, não binárias e intersexo – uma parcela significativa dessa população menstrua. Portanto, é essencial incluí-las nas políticas públicas, adotando termos como 'pessoas que menstruam' para superar visões biologicistas e reducionistas. Na saúde sexual e reprodutiva, destaca-se a paternidade trans e seu atravessamento pela violência obstétrica. Homens trans e pessoas transmasculinas enfrentam desrespeito ao nome social e pronomes, sendo frequentemente chamados de 'mãe' durante a gestação, além de sofrerem com o racismo institucional (Peçanha; Jesus; Monteiro, 2023). Pereira *et al.* (2024), em estudo sobre experiências de aleitamento de homens trans, constataram que, embora o aleitamento fortaleça o vínculo com a criança, ele se torna difícil pela impossibilidade de ocorrer em público (devido à exposição de áreas corporais que causam disforia) e pela necessidade de interromper a hormonização com testosterona durante a gestação – o que pode agravar questões de saúde mental ao acentuar características socialmente lidas como 'femininas'.

Há poucos dados quantitativos sobre a saúde mental da população transmasculina. Segundo Bezerra *et al*. (2018), a empregabilidade – fator intimamente relacionado à retificação documental – interfere significativamente na saúde mental dessas pessoas. Além disso, o ambiente familiar tem se mostrado frequentemente um espa-

ço de socialização predatória, gerando sofrimento psíquico, em vez de acolhimento e aceitação. A pesquisa também revelou que a maioria dos homens trans entrevistados sofreu algum tipo de violência, predominando a verbal. Outro dado alarmante indica que 94,5% dos participantes já vivenciaram quadros depressivos em algum momento da vida – um índice que contrasta fortemente com os 20% registrados na população geral pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Ainda no âmbito da saúde mental, o estudo de Santos *et al.* (2024) revela que depressão e ansiedade são condições bastante prevalentes, afetando 63,16% dos/as/es usuários/as/es do ambulatório onde os dados foram coletados, abrangendo toda a população trans atendida no ambulatório de Natal, Rio Grande do Norte (RN). Outro dado relevante aponta índices elevados de ideação suicida, tentativas de suicídio e lesão autoprovocada. A violência transfóbica surge novamente como marcador significativo nas experiências dessa população, com interseccionalidade racial: 62,89% das vítimas de violência autodeclararam-se pretas ou pardas, sendo a violência psicológica a mais frequente. Nesse contexto, Goulart (2021) argumenta que o suicídio funciona como uma política de Estado de extermínio – uma necropolítica que atinge especialmente pessoas negras, pobres e trans, levando-as a serem 'suicidadas'. A prevalência de suicídio na população trans (4,6%) supera significativamente a média nacional (Goulart; Nardi, 2022).

A REGULAÇÃO DA EXISTÊNCIA TRANS: CORPOS, ESTADO E CONTROLE SOCIAL

O Estado só se faz presente nos corpos trans quando se trata de governá-los, classificá-los e patologizá-los. Em 2018, a 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID) da OMS removeu a

transgeneridade da categoria de transtornos mentais, reclassificando-a como 'incongruência de gênero'. Embora represente um avanço no processo de despatologização, essa mudança ainda enquadra as identidades trans como anormalidades. A cisgeneridade e a medicina continuam a ditar os parâmetros do que é considerado normal ou anormal, patológico ou saudável, válido ou inválido na existência humana (Goulart; Nardi, 2022)

Recentemente foi publicada uma resolução 2.427/2025 do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2025) que proíbe a prescrição de bloqueadores hormonais para crianças e adolescentes, assim como a terapia hormonal para menores de 18 anos. Além disso, estabelece como obrigatório um acompanhamento endocrinológico e psiquiátrico por um ano antes do início do tratamento hormonal para maiores de idade. Vale ressaltar que essa normativa foi elaborada sob uma gestão conservadora, com alinhamento político a partidos de extrema direita.

Dessa forma, a Medicina atua como um mecanismo de regulação e colonização de corpos e vidas trans, e em conluio com a cisgeneridade. Hining e Toneli (2022) utilizam o conceito de cisgeneridade como operador analítico para compreender como se naturalizam as categorias 'homem' e 'mulher', o masculino e o feminino, sustentando a ideia de que ser cisgênero é a norma. Dessa forma, invisibilizam-se as pessoas trans e suas vivências, posicionando-as como o que é abjeto e anormal. Embora a cisgeneridade seja geralmente definida como a compatibilidade com o gênero atribuído ao nascimento, essa perspectiva pode ser reducionista. Nesse contexto, Hining e Toneli (2022) recuperam a abordagem mais ampla proposta por Hailey Kaas (2012) para compreender a cisgeneridade:

> Uma pessoa cis é uma pessoa na qual o sexo designado ao nascer + sentimento interno / subjetivo de

> sexo + gênero designado ao nascer + sentimento interno/subjetivo de gênero, estão "alinhados" (...) Uma pessoa cis é aquela que politicamente mantém um status de privilégio em detrimento das pessoas trans*, dentro da cisnorma. Ou seja, ela é politicamente vista como "alinhada" dentro de seu corpo e de seu gênero. (...) O alinhamento cis envolve um sentimento interno de congruência entre seu corpo (morfologia) e seu gênero, dentro de uma lógica onde o conjunto de performances é percebido como coerente. Em suma, é a pessoa que foi designada "homem" ou "mulher", se sente bem com isso e é percebida e tratada socialmente (medicamente, juridicamente, politicamente) como tal (Kass, 2012 apud Hining; Toneli, 2022, p. 2)

A cisgeneridade encontra-se intrinsecamente ligada à colonialidade do poder, que concebe os corpos trans como antítese da própria cisgeneridade – esta última entendida como ordem natural e biologicamente legítima, segundo Vergueiro-Simakawa (2015, p. 72):

> [...] propõe-se pensar a normatividade cisgênera enquanto um conjunto de dispositivos de poder colonialistas sobre as diversidades corporais e de gênero, sendo tais dispositivos atravessados por outras formas de inferiorização, marginalização e colonização interseccionais.

Ou seja, reitera-se a classificação e hierarquização entre o que é considerado normal e patológico por meio de categorias biomédicas (Goulart; Nardi, 2022).

RAÇA COMO PROJETO COLONIAL

Nesse contexto, a raça desempenha um papel crucial, pois serve de justificativa para a suposta superioridade racial que fundamentou a escravização de populações e a divisão entre civilizados e selvagens. O sequestro e a escravização de povos africanos possibilitaram a expansão do modo de produção capitalista industrial para territórios como as Américas. Junto com a religião católica, esse sistema não admitia nada além da binariedade de gênero e da heterossexualidade – tudo o que fugisse a essa norma era considerado pecado e crime (Goulart; Nardi, 2022).

Segundo Fanon (1968), a colonização é precedida pela violência. Seu modo de operação envolve a animalização e desumanização dos povos colonizados – ao negar sua humanidade, justificam-se as inúmeras violações e violências, incluindo a escravização. É importante destacar que os povos indígenas foram os primeiros a sofrer a violência colonial e ainda enfrentam seus impactos na contemporaneidade, pois se trata de um processo inacabado que se atualiza constantemente (Núñez, 2023). Nessa perspectiva, a colonização assume um aspecto maniqueísta (Fanon, 1968), estabelecendo divisões entre o bem e o mal, o divino e o diabólico, o que também reflete uma concepção binária de gênero.

Desse modo, esse aspecto colonial e binário é refletido na raça e no gênero, que para Bortolini *et al*. (2022, p. 6): "Perceber o gênero, assim como a raça, como uma produção colonial permite também aproximar campos de pesquisa e bases teóricas na construção conjunta de horizontes de luta que perseguem a superação simultânea de formas generificadas e racializadas de dominação". Este é um campo em constante disputa, considerando que os estudos queer – em sua maioria – são produzidos por autores brancos de origem estadunidense e europeia (Bortolini *et al*., 2022).

PARA ALÉM DO BINÁRIO: A TRANSGENERIDADE E A AMPLIAÇÃO DO GÊNERO

Para refletir sobre os estudos queer e a categoria transgeneridade, ainda é necessário recorrer a autores europeus desse campo – como Paul Preciado – que abordam especificamente a transgeneridade. Em *Testo Junkie* (2023), Preciado analisa a construção histórica da categoria gênero: em 1955, um psicólogo infantil estadunidense estabeleceu critérios diagnósticos para bebês intersexo, utilizando tratamentos hormonais e cirurgias para 'corrigir' o que era considerado biologicamente 'anormal'. Contraditoriamente, o termo gênero foi reapropriado pelo movimento feminista branco através de Margaret Mead e Ann Oakley, vinculando-o à opressão das mulheres e à construção cultural. Posteriormente, nos anos 1980, feministas como Judith Butler e Teresa de Lauretis abriram caminhos de desconstrução, substituindo a categoria 'mulher' por 'gênero' e analisando as tecnologias de poder – o que possibilitou o surgimento de discussões sobre tecnologias de gênero e modificações corporais (Preciado, 2023).

As modificações corporais realizadas por pessoas trans são frequentemente interpretadas como artificiais, enquanto os corpos cisgêneros são naturalizados. O conceito de cisgeneridade foi desenvolvido justamente para levar pessoas cisgêneras a refletirem sobre seu próprio gênero, compreendendo que ele é tão socialmente construído e produzido quanto o das pessoas trans (Nascimento, 2021).

Além da produção social do gênero, existe uma forma específica de opressão exercida por pessoas cisgêneras sobre pessoas trans, conhecida como cissexismo. Esse sistema opera através da desumanização das pessoas trans, relegando-as à marginalidade, negando suas existências e patologizando seus corpos (Kaas, 2015). Outros conceitos são fundamentais para esse debate, como o termo 'transexcludente',

que se refere a comportamentos, ideias e práticas que excluem e marginalizam pessoas trans dos espaços de representação. Embora muitas vezes justificado como proteção aos direitos de outros grupos, como mulheres cis, na realidade reforça a discriminação contra a comunidade trans. Já o termo 'antitrans' designa uma postura ativa de oposição à existência, direitos e dignidade das pessoas trans, manifestando-se através de leis discriminatórias, atos violentos e discursos de ódio, frequentemente vinculada a grupos ultraconservadores. Enquanto 'transexcludente' pode apresentar uma aparente neutralidade, 'antitrans' explicita nitidamente os ataques motivados por ódio (Antra, 2025)

Esses ataques, patrocinados pela extrema direita em ascensão, utilizam pessoas trans como bodes expiatórios e cortinas de fumaça para suas agendas políticas. Na Hungria, foi aprovada uma lei que proíbe paradas LGBT e reconhece apenas dois gêneros, excluindo oficialmente pessoas não binárias (Globo, 2025). No Reino Unido, a Suprema Corte determinou em legislação que a definição legal de mulher deve ser baseada no sexo biológico, excluindo assim mulheres trans (Cochrane, 2025). Nos Estados Unidos, o governo de Donald Trump continua buscando eliminar sistematicamente os direitos conquistados por essa população. No Brasil esse tema está em processo de tensionamentos. Como afirma Nascimento (2021, p. 96): "Retirar das pessoas transgêneras o direito à autodeterminação de seus corpos é uma prática transfóbica frequente em discursos morais, religiosos e patológicos".

MOVIMENTO LGBTI+ NO BRASIL

Breve contextualização histórica do movimento LGBTI+ no Brasil

Para pensar na atual conjuntura é preciso compreender a história, por isso fazemos uma breve contextualização do movimento LGBTI+ no Brasil. Embora exista uma concepção que o descreve em termos

de ‘ondas’, Quinalha (2022) se opõe a essa perspectiva, propondo antes uma compreensão da ação política LGBTI+ como círculos concêntricos. Essa abordagem reconhece a coexistência de diversas agendas em diferentes momentos históricos, com múltiplas combinações conforme os contextos específicos – não como etapas lineares que se encerram (como na metáfora das ondas), mas como um processo contínuo de transformação e convergência de pautas.

Em 1970, o movimento homossexual brasileiro – como era então denominado – surgiu no eixo Rio de Janeiro-São Paulo. Suas pautas iniciais abordavam a violência e a discriminação contra homossexuais, apresentando forte caráter antiautoritário e alinhando-se aos movimentos pela redemocratização do país (Facchini, 2009). Em 1978, foi lançada a primeira edição do jornal “Lampião da Esquina”, publicação fundamental que registrava as reivindicações ainda incipientes do movimento LGBTI+ – que na época não se configurava sob essa denominação. Essas publicações impressas, muitas vezes clandestinas, tornaram-se veículos importantes para a disseminação de informações. Paralelamente, começaram a surgir iniciativas como congressos sobre a temática. No mesmo ano, o Grupo Somos realizou sua primeira reunião em São Paulo, marcando o início da organização política em torno das demandas do movimento LGBTI+ no Brasil (Quinalha, 2022).

A nomenclatura do movimento sofreu transformações ao longo do tempo, buscando dar visibilidade aos segmentos mais vulneráveis e marginalizados. Em 1993, o MHB (Movimento Homossexual Brasileiro) passou a se denominar MGL (Movimento de Gays e Lésbicas). Em 1999, tornou-se GLBT (Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros). Já em 2005, durante o Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Transgêneros, foram formalmente incluídos na sigla travestis, transexuais e transgêneros. A atual sigla LGBT resulta das reivindicações de mulheres lésbicas por maior visibilidade dentro do

movimento, conquistada em 2008. A Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transgêneros (ABGLT), rede de articulação nacional estabelecida em 1995, enfrentou diversos obstáculos desde sua fundação. Nos anos 2000, iniciaram-se as candidaturas em partidos políticos, transformando o legislativo em nova arena de disputa pelas pautas do movimento LGBT (Facchini, 2009).

As candidaturas de pessoas trans representam importantes espaços de resistência e representatividade, com impacto não apenas para outras existências trans, mas para toda a população. Personalidades como Érika Hilton têm lutado contra a escala 6x1 – questão que afeta toda a população brasileira. Da mesma forma, a discussão sobre justiça reprodutiva não se limita às mulheres cis, envolvendo especialmente a população transmasculina, não binária e homens trans. Nessa perspectiva, Barone e Rodriguez (2024) abordam o tema a partir de um olhar decolonial, partindo dos territórios de Abya Yala para refletir sobre o aborto como prática realizada por diversos corpos e incorporada às experiências de vida – mesmo sendo ilegal no país. Assim, as pessoas continuam abortando, porém de forma insegura e arriscada, sem amparo do sistema de saúde. Além disso, faltam estatísticas e dados sobre a população trans que recorre ao aborto (Barone; Rodriguez, 2024).

PERMANÊNCIA DE PESSOAS TRANS NO ENSINO SUPERIOR

Permanecer é Resistir: A Luta Transfeminista pela Universidade

O transfeminismo abarca todos os corpos e vivências trans que historicamente foram marginalizados dentro do movimento feminista – movimento este que partia de uma compreensão essencialista das categorias homem/mulher e restringia seus espaços de militância a mulheres designadas como tal ao nascer. O transfeminismo emerge, portanto,

como resposta política para dar visibilidade às pautas de mulheres trans e travestis, sistematicamente apagadas no feminismo tradicional (Kaas, 2015). Contudo, com o desenvolvimento teórico e político, o transfeminismo ampliou seu escopo, incorporando também as demandas de homens trans, pessoas transmasculinas e não binárias. Como conceituam Jesus e Alves (2010, p. 15):

> O feminismo transgênero ou transfeminismo é, particularmente, um movimento intelectual e político que: 1) desmantela e redeine a equiparação entre gênero e biologia; 2) reitera o caráter interacional das opressões; 3) reconhece a história de lutas das travestis e das mulheres transexuais, e as experiências pessoais da população transgênero de forma geral; e 4) é aberto, e pode ser validado por quaisquer pessoas, transgênero ou cisgênero.

Conforme destacado pelas autoras, o transfeminismo também se constitui como produção de conhecimento, com pesquisas em diversas áreas – incluindo educação e acesso à educação. O estudo de Iazzetti (2024) evidencia a importância de pensar não apenas o acesso, através de políticas afirmativas para pessoas trans nas universidades, mas também a permanência, já que muitas enfrentam a falta de apoio familiar, chegam a ser expulsas de casa, carecem de suporte financeiro e, em alguns casos, até mesmo de alimentação básica. A autora ainda aponta a sub-representação de estudantes trans nos programas de pós-graduação, demonstrando que sua presença no ensino superior como um todo permanece significativamente inferior quando comparada à de estudantes cisgêneros (Iazzetti, 2024).

Pensar a permanência de pessoas trans e travestis nas universidades implica desenvolver políticas de cuidado. Nessa perspectiva, o

cuidado se alinha ao conceito de 'cuidado antropofágico' proposto por Demétrio *et al*. (2018) – uma abordagem decolonial, transdisciplinar, interseccional e intercultural para compreender o processo saúde-doença-cuidado, mas que pode transcender a área da saúde por adotar uma visão ampliada e uma escuta qualificada. As próprias bancas de heteroidentificação já podem se constituir como espaços de acolhimento e de denúncia de violências institucionais, transformando-se em ambientes de reflexão e mobilização política, como ocorre na UFRGS para ao/as/es alunos/as/es que ingressam na pós-graduação. A banca é composta por pessoas trans, e todo o processo foi pensado para que, além do autorrelato, exista também um espaço de acolhimento das demandas institucionais. Nesse sentido, as ações afirmativas atuam não apenas como instrumentos para a produção de conhecimento, mas também para o fortalecimento das identidades e saberes transcentrados na academia.

A partir dessa perspectiva é importante refletir que esses espaços de acolhimento se dão a partir de um processo de escuta atenta. Como afirma Freire (1996, p. 45): 'Escutar, no sentido aqui discutido, significa a disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta para a abertura à fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro.' No entanto, esses espaços de escuta ainda não existem na educação formal convencional – é comum não haver espaços para discutir questões como saúde mental ou violências relacionadas à identidade de gênero na trajetória acadêmica de pessoas trans. Esses espaços acabam sendo construídos entre pares, e não com figuras docentes, que frequentemente reproduzem a violência transfóbica institucional.

A transfobia institucional se manifesta igualmente na ausência de dados governamentais sobre a população trans e travesti. Órgãos como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) não disponibilizam informa-

ções sobre a expectativa de vida dessas populações nem outros dados relevantes (Associação Nacional de Travestis e Transexuais, 2025). Atualmente, os dados disponíveis são produzidos principalmente por organizações e movimentos sociais, que anualmente compilam materiais fundamentais para evidenciar as violências sofridas por essa população no país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como considerações finais apontamos que, enquanto pessoas trans e pesquisadoras, podemos produzir conhecimentos que nos foram colonizados e roubados durante séculos pela cisgeneridade. Lutamos pelo direito à autodeterminação de nossos corpos, pelo acesso e pela permanência nos espaços educacionais, pela moradia digna, pela segurança alimentar, pelos direitos sexuais e reprodutivos, pela saúde, pelo trabalho digno e por um envelhecimento com dignidade – entre tantas outras pautas fundamentais. Esta é a nossa resistência epistêmica e política: reescrever histórias, ocupar espaços e construir futuros onde nossas existências sejam plenamente reconhecidas e valorizadas.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Jandaíra, 2019. 152 p. (Feminismos Plurais).

BARONE, M. A.; RODRIGUEZ, A. M. Justiça reprodutiva para quem? O aborto desde uma perspectiva dos estudos sapatransviades. In: SCHIOCCHET, T.; CASTILHO, N. M. (org.). Justiça reprodutiva no Brasil. Rio de Janeiro: Multifoco, 2024. Disponível em: https://editoramultifoco.com.br/wp-content/uploads/2024/08/Justica_Rprodutiva_Bra-

sil_180724_COM-LINKS-e-COM-CAPAS-1.pdf. Acesso em: 01 ago. 2025.

BENEVIDES, B. G. **Dossiê: assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2024**. Brasília, DF: Distrito Drag; ANTRA, 2025. Disponível em: https://antrabrasil.org/wp-content/uploads/2025/01/dossie-antra-2025.pdf. Acesso em: 10 fev. 2025.

BEZERRA, D. S. *et al*. Homens transexuais: invisibilidade e saúde mental. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 18, n. 1, 2018. Disponível em: https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/04/18122.pdf. Acesso em: 1 ago. 2025.

BORTOLINI, A.; PEÇANHA, L. M. B.; JUNIOR, J. A. S.; SILVA, S. L. B. Articulando raça, gênero e sexualidade para pensar a construção social das múltiplas masculinidades negras. **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, [S.l.], v. 5, n. 16, p. 4-12, 2022. DOI: 10.31560/2595-3206.2022.16.14455. Disponível em: https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rebeh/article/view/14455. Acesso em: 27 jul. 2025.

CAETANO, M.; PEÇANHA, L. M. B. Atualizando as reflexões transmasculinas negras brasileiras: entrevista com o cientista político Marcelo Caetano. **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, [S.l.], v. 5, n. 16, p. 13-42, 2022. Disponível em: https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rebeh/article/view/14458. Acesso em: 1 ago. 2025.

COCHRANE, A. Suprema Corte do Reino Unido decide que definição legal de mulher é baseada no sexo biológico. **BBC News Brasil,** [S.l.], 16 abr. 2025. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/articles/c93g19qe1v2o. Acesso em: 1 ago. 2025.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade.** São Paulo: Boitempo, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 2.427/2025**, de 8 abr. 2025. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2025/2427. Acesso em: 1 ago. 2025.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. Tradução de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016.

DEMÉTRIO, F.; SILVA, J. V. P. A saúde da população transmasculina: desafios e perspectivas para o cuidado integral. In: SILVA, J. (org.). **Saúde Coletiva em Debate**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023.

FANON, F. **Os condenados da terra**. Rio de Janeiro: Zahar, 2022.

FACCHINI, R. Entre compassos e descompassos: um olhar para o "campo" e para a "arena" do movimento LGBT brasileiro. **Bagoas – Estudos gays: gêneros e sexualidades**, [S.l.], v. 3, n. 4, 2009. Disponível em: https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2300. Acesso em: 9 out. 2023.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GLOBO. Hungria aprova emenda constitucional para proibir eventos públicos LGBTQIAPN. **O Globo**, Rio de Janeiro, 14 abr. 2025. Disponível em: https://oglobo.globo.com/mundo/noticia/2025/04/14/hungria-aprova-emenda-constitucional-para-proibir-eventos-publicos-lgbtqiapn.ghtml. Acesso em: 1 ago. 2025.

GOULART, V. P. **O suicídio-homicídio de pessoas trans e travestis e a cisheteronormatividade: marginalização e extermínio.** 2021. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Universida-

de Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/237486. Acesso em: 07 out. 2025.

GOULART, V. P.; NARDI, H. C. Vidas inimigas, necropolítica e interseccionalidade: da exclusão na educação ao suicídio/assassinato de pessoas trans. **Revista Entreideias: educação, cultura e sociedade**, [S.l.], v. 11, n. 1, 2022. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/entreideias/article/view/45614. Acesso em: 1 ago. 2025.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo social**, v. 26, p. 61-73, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ts/a/LhNLNH6YJB5HVJ6vnGpLgHz/?format=pdf&lang=pt.

IAZZETTI, B. D. Futuros trans* possíveis?: interseccionalidades e ambivalências no acesso e na permanência de pessoas trans* no ensino superior público brasileiro. **Sexualidad, Salud y Sociedad** (Rio de Janeiro), n. 40, p. e22207, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sess/a/yPpRLjw6d6QtCtT4W87wW9b/abstract/?lang=pt. Acesso em: 1 ago. 2025.

JESUS, J. G.; ALVES, H. Feminismo transgênero e movimentos de mulheres transexuais. **Revista Cronos,** v. 11, n. 2, 2010. Disponível em: https://periodicos.ufrn.br/cronos/article/view/2150. Acesso em: 1 ago. 2025.

NASCIMENTO, L. **Transfeminismo**. 1. ed. São Paulo: Jandaíra, 2021.

NEVES, B. A. N.; PEÇANHA, L. M. B. Os desafios das transmasculinidades no ambiente educacional: violências e intersecções. **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura,** [S.l.], v. 4, n. 13, p. 143-160, 2021. Disponível em: https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rebeh/article/view/12397. Acesso em: 1 ago. 2025.

NÚÑEZ, G. Perspectivas guarani sobre binarismos da colonização: caminhos para além das monoculturas. **Revista Tempo e Argumento,** v. 15, n. 40, 2023. Disponível em: https://revistas.udesc.br/index.php/tempo/article/view/2175180315402023e0101. Acesso em: 1 ago. 2025.

PEÇANHA, L. M. B.; JESUS, J. G.; MONTEIRO, A. A. Transfeminismo das transmasculinidades: Diálogos sobre direitos**. Revista Brasileira de Estudos da Homocultura,** [S.l.], v. 6, n. 19, p. 90-104, jan./abr. 2023. Disponível em: https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rebeh/article/view/15787. Acesso em: 1 ago. 2025.

PEREIRA, D. M. R. *et al*. Experiências e significados de homens trans sobre amamentação à luz da Teoria das Representações Sociais. **Revista da Escola de Enfermagem** da USP, v. 58, p. e20240006, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/HFp6X6M8PzRxbCzK6vn9XHM/. Acesso em: 01 ago. 2025.

PRECIADO, P. B. **Testo Junkie**: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica. Tradução: Maria Paula Gurgel Ribeiro; com contribuição de Verônica Daminelli Fernandes. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.

QUINALHA, R. H. **Movimento LGBTI+:** uma breve história do século XIX aos nossos dias. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2022.

SANTOS, C. P. P. *et al*. A caracterização dos agravos de saúde mental dos usuários e das usuárias do Ambulatório Transexual e Travesti de Natal/RN. **IOSR Journal of Nursing and Health Science**, [S.l.], v. 13, n. 5, p. 34-38, set./out. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Conselho Universitário (CONSUN). **Resolução n. 15, de 13 jan**. 2023. Aprova o Programa de Ações Afirmativas para a Pós-Graduação Stricto Sensu

(mestrado e doutorado) e Lato Sensu (especialização e residência profissional ou multiprofissional em saúde) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: https://www.ufrgs.br/consun/legislacao/resolucao-no-015-2023/. Acesso em: 7 out. 2025.

VERGUEIRO-SIMAKAWA, V. **Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes**: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade. Dissertação (Mestrado em Cultura e Sociedade) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/19685. Acesso em: 10 set. 2025.

O ENVELHECIMENTO NO SÉCULO XXI: POR UMA AGENDA DECOLONIAL E INTERSECCIONAL PARA PENSAR O ENVELHECIMENTO NO CONTEXTO BRASILEIRO

Jeferson Souto Pinheiro

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma das tendências mais significativas do século XXI, um processo universal que se desenrola no contexto de intensas e aceleradas mudanças sociais (UNFPA, 2012). As projeções indicam que, até 2050, o número de pessoas com 60 anos ou mais duplicará, alcançando 2 bilhões, o que representará uma em cada cinco pessoas no mundo, o que equivale de 22% a 26% da população mundial.

Na contemporaneidade, o envelhecimento pode representar um processo de inflexão e reflexão em uma sociedade que valoriza a juventude e a aparência, impondo barreiras a quem não se enquadra nesses padrões (Machado, 2019). Esse contexto histórico-social frequentemente conduz à exclusão da pessoa idosa, que, ao não corresponder às exigências do sistema capitalista, é marginalizada em uma sociedade de "não lugares", perdendo parte do sentido de continuidade de sua história pessoal. Além disso, os desafios da era digital tornam a inclusão tecnológica essencial para a integração social e o exercício da cidadania (Chai *et al*., 2022). Soma-se a isso a convivência de até cinco gerações em um mesmo núcleo familiar, o que transforma as relações intergeracionais e redefine os laços sociais. Nessa complexa teia de significados, o idoso

ocupa um espaço dinâmico, permeado por múltiplas experiências e simbolismos (Quaresma; Ribeirinho, 2016).

Com o aumento da expetativa de vida o avanço da longevidade é uma conquista civilizacional, reflexo de melhorias na nutrição, saneamento, avanços da medicina e bem-estar econômico (Quaresma; Ribeirinho, 2016). Chai *et al.* (2022) apontam que muitos países têm alcançado progressos ao adotar novas políticas e leis sobre o envelhecimento, como o Estatuto do Idoso no Brasil, que visa promover um envelhecimento saudável e a garantia de direitos. Contudo, o autor reforça que ainda persistem grandes desafios sociais, econômicos e culturais e, entre eles, destacam-se a garantia de renda, o acesso à saúde de qualidade, o combate a diversas formas de violência e maus-tratos, a necessidade de políticas públicas específicas para questões como a prevenção de HIV/AIDS na terceira idade e a superação dos obstáculos para a inclusão digital.

O pensamento decolonial apresenta-se como uma corrente teórica crítica que analisa a continuidade da lógica colonial nas estruturas sociais, políticas e epistemológicas, mesmo após o fim do colonialismo como sistema político (Oliveira; Luccini, 2021). Essa estrutura denominada "colonialidade", é responsável por estabelecer um padrão de poder global que hierarquiza seres e saberes. A perspectiva decolonial propõe edificar uma nova geopolítica do conhecimento que questione a hegemonia das visões de mundo eurocêntricas (Quinteiro; Figueira, 2019). Como método de pesquisa, a decolonialidade se posiciona como um ato de resistência que busca descolonizar práticas e saberes, utilizando para isso abordagens que valorizam a subjetividade e os conhecimentos subalternizados, ou seja, apresenta novas epistemologias sobre e sob problemas sociais (Nunes; Ribeiro; Giraldi, 2021).

Crespo *et al.* (2023), argumentam que aplicar uma perspectiva decolonial ao crescente envelhecimento populacional é fundamental

para desafiar práticas que homogeneízam e controlam os idosos, frequentemente categorizados como um "grupo de risco" vulnerável. Essa abordagem expõe como a lógica da colonialidade, que torna certos corpos e saberes subalternos, se manifesta em formas de cuidado autoritárias que restringem a autonomia e a agência dos mais velhos, especialmente das mulheres (Dias *et al.*, 2024). A crítica decolonial permite, assim, desnaturalizar tratamentos e visões estereotipadas que apagam as histórias e as complexas realidades que constituem a velhice (Crespo *et al.*, 2023).

Já a perspectiva interseccional, tem suas origens históricas no movimento feminista negro norte-americano e, foi conceitualizada pela jurista Kimberlé Crenshaw. A abordagem busca compreender as consequências da interação entre múltiplos eixos de opressão, como gênero, raça, classe, orientação sexual e idade, refutando a hierarquização entre eles (Kalache *et al.*, 2023).

Rocha *et al.* (2024) comentam que como ferramenta teórico-metodológica, a interseccionalidade analisa a inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e patriarcado sob os diversos marcadores sociais da diferença. Enquanto método de pesquisa, permite superar análises baseadas em categorias monolíticas ou aditivas, focando em como a articulação desses marcadores produz e reproduz as desigualdades sociais. Os autores ratificam que a análise interseccional é, portanto, um instrumento para captar com mais precisão a complexidade das realidades sociais.

A aplicação do conceito de interseccionalidade ao estudo do envelhecimento é essencial para compreender a diversidade e a heterogeneidade das velhices existentes (Rocha *et al*., 2024). O processo de envelhecer é permeado por marcadores sociais como gênero, raça e classe, que produzem experiências desiguais (Meza; Rosa, 2021). Kala-

che *et al.* (2023) destacam que a perspectiva interseccional permite analisar por que certos grupos enfrentam maiores barreiras para envelhecer com dignidade e acesso a direitos, especialmente na saúde. Estudos apontam que a combinação desses eixos de opressão afeta diretamente a educação e a renda de pessoas idosas, como ocorre com mulheres negras que, mesmo mais escolarizadas, recebem menos (Oliveira *et al*., 2024). Assim, a interseccionalidade se torna um instrumento central para a formulação de políticas públicas capazes de reconhecer desigualdades e assegurar o direito ao envelhecimento digno e ao cuidado integral (Rocha *et al*., 2024).

A lente decolonial e interseccional sobre o envelhecimento destaca que cada contexto possui particularidades e que cada pessoa, em sua singularidade, é atravessada por múltiplas dimensões que produzem impactos distintos. Nesse sentido, não é possível adotar um padrão único de conduta sem considerar quem é o idoso, seus hábitos e sua cultura. É fundamental reconhecer suas experiências e escutas, promovendo reflexões, debates e ações específicas e efetivas para os diferentes contextos e territórios.

Assim, este capítulo se propõe apresentar e discutir temáticas e aspectos relevantes para a construção de uma agenda voltada ao envelhecimento populacional e ao processo do envelhecer brasileiro, sob as perspectivas decolonial e interseccional. Nesse sentido, ao propor pautas relevantes no escopo do envelhecimento populacional no nosso país, espera-se provocar reflexões e oferecer subsídios que orientem futuras pesquisas e ações voltadas à promoção de uma velhice digna e inclusiva.

Em uma agenda que paute o envelhecimento considerando a decolonialidade e a interseccionalidade a prioridade é olhar a partir do contexto territorial, identitário, além de compor essa agenda com ele-

mentos que considerem os processos históricos, tradicionais e culturais deste grupo e dos seus sujeitos idosos em sua individualidade. Com isso, buscou-se nas bases de dados SCieLO, PubMed e Periódicos CAPES, realizar uma revisão da literatura considerando os descritores previamente definidos e agrupados nos seguintes eixos: envelhecimento cognitivo; envelhecimento e sexualidade; envelhecimento, ambiente, clima e território; envelhecimento e populações vulneráveis; envelhecimento, espiritualidade e finitude; envelhecimento, memória e sociedade; gênero, orientação sexual e envelhecimento; envelhecimento e família; envelhecimento, raça/etnia e classe; envelhecimento e saúde mental; aspectos socioeconômicos do envelhecimento populacional; envelhecimento e políticas públicas; envelhecimento e tecnologias e; envelhecimento e violências. A partir da busca, os resultados encontrados são apresentados nas categorias descritas abaixo com uma breve contextualização da sua relevância para a proposta de organização dessa agenda atual e propositiva.

A AGENDA: PAUTAS PARA PENSAR, DEBATER E AGIR

A construção de uma agenda que aborde questões atuais e reflita a realidade local deve ocorrer de forma coletiva, com a participação de gestores, profissionais de diferentes áreas e representantes da comunidade. A participação social é elemento central nesse processo, pois amplia o diálogo e fortalece as ações propostas. No campo do envelhecimento, a diversidade de atores contribui para visões mais amplas e estratégias mais eficazes. Entre os participantes essenciais estão: as Delegacias do Idoso (segurança pública); os CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) e Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); os Núcleos de Atenção à Saúde do Idoso (saúde); os Conselhos do Idoso (participação social); profissionais da

EJA (Educação de Jovens e Adultos); arquitetos e engenheiros (urbanismo e transporte); e agentes da cultura, esporte e lazer. A articulação entre esses setores garante maior capilaridade e impacto nas políticas voltadas à população idosa. A partir do exposto e das reflexões apresentadas, seguem algumas temáticas relevantes para compor essa agenda:

O ENVELHECIMENTO E AS CRISES CLIMÁTICAS

As crises climáticas, impulsionadas pela emissão de gases de efeito estufa decorrente de atividades humanas, como a queima de combustíveis fósseis, representam um dos desafios mais urgentes da atualidade (Nogueira *et al.*, 2011). Salvalaio *et al.* (2023) apontam que esse fenômeno se manifesta por meio de anomalias nas temperaturas e pela intensificação de eventos extremos, como ondas de calor e frio, secas, enchentes e ciclones, que causam danos substanciais e perdas irreversíveis aos ecossistemas e às pessoas.

Em meio à crise climática, o envelhecimento populacional surge como uma tendência global convergente, trazendo novos desafios para a gestão urbana. A população idosa é compreendida como um dos grupos mais vulneráveis aos efeitos das mudanças climáticas, especialmente a eventos de temperaturas extremas (Salvalaio *et al.*, 2023). O mesmo autor ainda reforça que com o avançar da idade, ocorrem mudanças fisiológicas, como a diminuição da capacidade do organismo de regular a temperatura corporal (homeostase), o que eleva o risco de hipertermia e hipotermia. Idosos são mais propensos a desenvolver doenças respiratórias e cardiovasculares durante ondas de calor ou frio, e condições crônicas preexistentes podem ser agravadas. Além dos fatores biológicos, vulnerabilidades socioeconômicas, como recursos financeiros limitados e menor acesso a redes de apoio e informação, dificultam a preparação e a recuperação de desastres naturais, como inundações (Salavalaio *et al.*, 2024).

Para Salvalaio (2024), enfrentar esses desafios, as estratégias de adaptação urbana precisam ser inclusivas. O autor aponta que existe uma lacuna na inclusão das demandas de grupos vulneráveis, como os idosos, na elaboração desses planos, além de sugerir que os encaminhamentos promissores envolvem o fortalecimento de processos participativos que garantam que as necessidades dos idosos sejam consideradas, como a realização de oficinas e escutas ativas com este público.

O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO INDÍGENA

A atenção às questões indígenas na atualidade é crucial devido à diversidade de povos, que somam 305 etnias e 274 línguas distintas somente no Brasil. Discussões sobre a saúde dessa população ganham força desde os anos 1980, impulsionadas por demandas de movimentos sociais (Herrero, 2018). Nesse contexto, Rissardo *et al.* (2014) afirmam que o envelhecimento populacional também é uma realidade entre os indígenas, exigindo práticas de cuidado mais qualificadas e resolutivas. Portanto, olhar para estas comunidades é uma forma de reparar injustiças históricas e reconhecer a totalidade e alteridade de suas posições sociais, superando a negação de seus direitos e cultura (Musial *et al.*, 2021).

O envelhecimento indígena possui especificidades notáveis, especialmente em comunidades aldeadas, onde a longevidade pode ser atribuída a fatores como alimentação tradicional, atividade física integrada ao cotidiano, ambiente preservado e uma forte vida comunitária (Herrero, 2018). O autor reforça que nessas sociedades, os idosos não são um fardo, ao contrário, são vistos como um arquivo vivo de saberes e figuras fundamentais para a coesão social e a transmissão de tradições, sendo respeitados como guardiões da cultura.

Silva e Rosenstock (2018) destacam que a população indígena idosa enfrenta desafios expressivos, agravados pela interação com

a sociedade não indígena. Essa relação tem alterado o perfil de saúde, com aumento de doenças crônicas, alcoolismo e desnutrição. O acesso precário aos serviços de saúde e a desconfiança na medicina ocidental também dificultam o cuidado (Herrero, 2018). Além disso, Musial *et al.* (2021) sinalizam a escassez de estudos que abordem as velhices indígenas de forma ampla, prevalecendo análises restritas e epidemiológicas.

ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO NEGRA

As questões raciais no contexto brasileiro atual são marcadas pelo racismo estrutural, uma forma sistemática de discriminação com base na raça que se manifesta em práticas que resultam em desvantagens ou privilégios (Ribeiro *et al.*, 2023). Teixeira *et al.* (2022) salientam que estrutura é herança de um passado escravocrata e se perpetua de forma naturalizada nas relações políticas, econômicas e sociais.

O envelhecimento no Brasil é uma experiência plural, profundamente atravessada pela desigualdade racial (Vieira, 2023). Pessoas negras vivenciam mais disparidades sociais ao longo da vida, o que interfere significativamente no seu processo de envelhecer (Teixeira, 2022). Os autores ainda reforçam que as desvantagens em saúde, trabalho e educação são acumuladas durante os ciclos vitais, resultando em maior exposição a fatores de risco e menor expectativa de vida. Assim, a velhice negra não é apenas uma questão de idade, mas o resultado de uma trajetória de exclusão social e da ausência de direitos básicos, perpetuada por mecanismos discriminatórios que persistem na sociedade (Vieira, 2023).

Dados sobre o envelhecimento da população negra revelam um cenário de profundas iniquidades. Teixeira *et al.* (2022) asseveram que as pessoas idosas negras continuam trabalhando mais que as brancas, possuem

menores salários e menor escolaridade. Moratelli (2025) explicita que a taxa de analfabetismo entre idosos pretos ou pardos (23,3%) é drasticamente maior que a de brancos (9,3%). E Teixeira *et al.* (2022) complementa trazendo que em termos de renda, a população negra está mais exposta à pobreza, com 32,9% vivendo abaixo da linha da pobreza, em comparação a 15,4% dos brancos. Essa desigualdade se reflete na expectativa de vida, com a população negra morrendo consideravelmente mais cedo, o que diminui sua representação nas faixas etárias mais elevadas (Vieira, 2023).

As questões biopsicossociais que cercam o envelhecimento da população negra são complexas e interligadas. Socialmente, este grupo enfrenta maior exposição à violência, precarização do trabalho, insegurança financeira e dificuldades que afetam a estrutura e as relações familiares (Moratelli, 2025).

Para Rabelo (2018) a população negra envelhecida, são necessários encaminhamentos que fortaleçam políticas públicas e ações afirmativas. É fundamental a efetiva implementação e fiscalização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) para reduzir as desigualdades no acesso à saúde. Ações de empoderamento, como a valorização da ancestralidade, da cultura como forma de resistência e o uso de mídias para ampliar a representatividade, são essenciais. Além disso, garantir a representação política deste segmento é crucial para a construção de uma sociedade mais justa (Ribeiro, 2023).

ENVELHECIMENTO, SEXUALIDADE E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTS)

A abordagem da sexualidade no envelhecimento envolve a desconstrução de preconceitos socioculturais que frequentemente retratam a pessoa idosa como um ser assexuado (Vasconcellos, 2004).

Ibrahim (2022) reforça que essa visão redutora é fortalecida por uma compreensão limitada que confunde a sexualidade com o ato sexual, ignorando suas dimensões mais amplas que englobam afeto, intimidade, autoestima e bem-estar. A experiência da sexualidade na velhice é ainda moldada por alterações fisiológicas naturais do envelhecimento, papéis de gênero construídos ao longo da vida e pela forte influência de fatores inibitórios como a família e a religião (Uchôa, 2016). Além disso, muitos idosos carregam uma falta de informação sobre o tema desde a juventude, o que dificulta a vivência plena de sua sexualidade na idade avançada (Rodrigues *et al.*, 2006).

Vasconcellos (2004) evidencia a existência de disparidades de gênero e a falta de conhecimento entre pessoas idosas sobre sexualidade. Rodrigues *et al*. (2006) identificam que 51,6% dos homens relataram atividade sexual no último ano, em contraste com apenas 15,2% das mulheres. Além disso, 46,9% dos homens consideraram o sexo "muito importante" ao longo da vida, enquanto apenas 21,9% das mulheres compartilharam dessa percepção. Ibrahim (2022) destaca que a desinformação é um fator preocupante, visto que 84% dos idosos não sabem diferenciar sexo de sexualidade e a maioria não utiliza preservativos, aumentando a vulnerabilidade às ISTs. Ademais, embora 28,5% relatem disfunções sexuais, 52,6% não buscaram orientação médica. Esses dados revelam uma lacuna significativa entre as necessidades sexuais e o acesso aos cuidados de saúde (Uchôa, 2016).

Para lidar com as questões da sexualidade no envelhecimento, são necessárias ações entre profissionais de saúde, legisladores e a sociedade (Leandro; Silva; Lima, 2016). Os mesmos autores reforçam que é fundamental o desenvolvimento de programas educativos que desmistifiquem tabus e representações negativas, promovendo uma visão do envelhecimento que valoriza a saúde e o bem-estar sexual.

IST e o HIV/Aids constituem temas complexos e multifacetados. A epidemia de Aids, surgida na década de 1980, foi inicialmente associada a grupos estigmatizados, como homossexuais e usuários de drogas injetáveis (Lima, 2022). Com o passar do tempo, o perfil epidemiológico se transformou, apresentando processos de heterossexualização, feminização e pauperização (Duarte, 2021). Essa mudança de contexto levou à substituição da noção de "grupos de risco" pelo conceito de "vulnerabilidade". Este último considera fatores individuais, sociais e programáticos que ampliam a exposição das pessoas ao adoecimento.

Com o envelhecimento populacional ocorre simultaneamente a um aumento na incidência de IST e HIV/Aids em pessoas com mais de 60 anos (Lima, 2022). Quintino e Ducatti (2021) aponta, que avanços farmacêuticos, como terapias de reposição hormonal e medicamentos para disfunção erétil, têm permitido uma vida sexual mais ativa e prolongada para os idosos. No entanto, como comentado anteriormente, a sexualidade na terceira idade ainda é um *tabu*, e a sociedade, incluindo profissionais de saúde, frequentemente considera os idosos como seres assexuados (Duarte, 2021). O autor ainda traz que essa "invisibilidade sexual" contribui para a falta de diálogo sobre prevenção, resultando em práticas sexuais inseguras e maior vulnerabilidade a infecções.

Andrade (2017) apresenta dados que revelam um aumento preocupante de IST e HIV/Aids na população idosa brasileira. O número de casos notificados de HIV em pessoas com 60 anos ou mais saltou de 4.761, entre 1980 e 2000, para 28.122, entre 2001 e 2016. Quintino e Ducatti (2021) mostram que, mais recentemente, a taxa de detecção de Aids na população com 50 anos ou mais cresceu 21,2% entre 2007 e 2016. Um estudo transversal realizado em um município paulista identificou uma prevalência de IST de 3,4% entre os idosos, com apenas 5,2% afirmando

usar preservativo em todas as relações sexuais (Andrade, 2017). Agravando o cenário, a taxa de mortalidade por Aids aumentou 38,5% na faixa etária de 60 anos ou mais na última década, em contraste com a redução observada em outros grupos etários (Duarte, 2021).

Para Andrade (2021), intervir na realidade das ISTs e HIV/Aids na população idosa, é fundamental o desenvolvimento de políticas públicas que incluam os idosos em campanhas de prevenção e ações educativas. O autor ainda sugere a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde para que abordem a sexualidade em consultas de rotina, superando tabus e a visão do idoso como assexuado.

ENVELHECIMENTO E AS NOVAS TECNOLOGIAS

A relação entre envelhecimento e tecnologia envolve simultaneamente oportunidades e desafios, sendo a inclusão digital essencial para promover uma vida mais longa, digna e com qualidade (Oliveira; Hekis; Mendonça, 2010). Faria e D'Elboux (2011) destacam que o uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) impacta positivamente a saúde, o lazer e a interação social de pessoas idosas, além de auxiliar na superação de limitações físicas e motoras. Caldas (2003) acrescenta que o acesso à tecnologia pode ressignificar a velhice, fortalecendo a autonomia e a sensação de pertencimento ao mundo contemporâneo. Entretanto, muitos idosos, considerados "imigrantes digitais", enfrentam barreiras no uso de dispositivos tecnológicos, o que pode gerar "ansiedade gerontecnológica" e insegurança. Apesar disso, a familiarização com o ambiente digital favorece o aprendizado contínuo, amplia as redes de sociabilidade e contribui para o aumento da autoestima (Santos; Lautet, 2000).

A transição demográfica no Brasil evidencia a urgência da inclusão digital e as estatísticas do IBGE mostram que a população

acima de 65 anos cresceu de 4,8% em 1991 para 7,4% em 2010 (Faria; D'Elboux, 2011). Os autores relatam que apesar do número crescente de idosos, persiste uma significativa exclusão digital. Freitas e Py (2011) apontam que, embora muitos idosos possam ter acesso a um computador em casa, uma porcentagem menor o utiliza de fato, muitas vezes por falta de habilidades. Os mesmos autores salientam que a lacuna é aprofundada por desafios como o "analfabetismo digital", os baixos níveis de educação formal entre os idosos e a falta de treinamento específico, além de ser constatado que 79% dos idosos não dominam as TICs. Esse cenário se agrava diante das desigualdades sociais e da necessidade de muitos idosos permanecerem no mercado de trabalho, cada vez mais marcado pela digitalização, para complementar a renda (Caldas, 2003).

Caldas (2003) destaca que a inclusão digital de pessoas idosas requer uma abordagem integrada, envolvendo educação, políticas públicas e apoio social. Iniciativas como oficinas e cursos online são essenciais, desde que respeitem o ritmo de aprendizagem dos participantes. Para Faria e D'Elboux (2011), essas ações devem adotar metodologias adequadas e acessíveis, preferencialmente a baixo custo.

QUESTÕES DE GÊNERO E O ENVELHECIMENTO

A discussão sobre o envelhecimento é profundamente influenciada pela construção social de gênero, que define papéis e expectativas distintas para homens e mulheres ao longo da vida (Camarano, 2003). Essas representações moldam trajetórias desiguais, refletindo-se em diferenças nas condições de saúde, bem-estar e inserção social na velhice (Debert, 1997). As desigualdades entre os sexos, portanto, não se explicam apenas por fatores biológicos, mas resultam de relações sociais historicamente construídas. Nesse sentido, Faleiros (2010) destaca que

o envelhecimento é um processo marcado por um forte componente de gênero, manifestando-se de formas distintas entre homens e mulheres.

Farias e Moreira (2015) apontam que processo de envelhecimento populacional é marcado pela "feminização da velhice", um fenômeno caracterizado pela predominância de mulheres na população idosa. Os autores ressaltam que mulheres idosas vivem mais, porém estão mais sujeitas a doenças crônicas e incapacidades. Schneider e Irigaray (2008) salientam que essas mulheres acumulam desvantagens ao longo da vida, como salários inferiores, dupla jornada e baixa escolaridade, o que resulta em maior vulnerabilidade socioeconômica na velhice, com rendas mais baixas e maior probabilidade de pobreza. Além disso, apresentam altas taxas de viuvez, o que pode levar à solidão e ao isolamento social. Frequentemente, continuam a exercer o papel de cuidadoras, especialmente dos netos, mesmo quando também demandam cuidados.

Camarano (2003) sugere que para enfrentar as desigualdades de gênero no envelhecimento, a proposta é a construção de um novo paradigma social baseado na igualdade, dignidade e responsabilidade. O autor reforça que as ações sugeridas devem incluir o desenvolvimento de políticas públicas que reconheçam as especificidades das mulheres idosas, indo além da assistência à saúde para abranger garantia de renda, educação, lazer e participação social.

MASCULINIDADE E ENVELHECIMENTO

Maia e Perunena (2009) relatam que a masculinidade é uma construção social, um espaço simbólico que modela as atitudes e comportamentos esperados de um homem em uma determinada cultura. As autoras apontam que a masculinidade hegemônica é o modelo predominante e esse padrão gravita fundamentalmente em torno dos pilares

da força física, da virilidade e do papel de provedor, que são validados por meio do trabalho e da atividade sexual. Nogueira e Alcântara (2014) explicam que esse conceito é moldado por marcadores sociais como classe, raça e geração. A validação dessa masculinidade exige que os homens sejam assertivos, controlem suas emoções, envolvam-se em comportamentos de risco e se distanciem do autocuidado.

O processo de envelhecimento desafia diretamente a masculinidade hegemônica, cujos pilares – força física, virilidade e papel de provedor – tendem a declinar com o tempo (Maia; Perurena, 2009). Nogueira e Alcântara (2014) postulam que, para muitos homens, envelhecer é difícil de aceitar, pois simboliza a perda de vigor e controle sobre o próprio corpo. Essa percepção frequentemente leva à negação da velhice e à tentativa de manter uma identidade masculina idealizada. Tal resistência, segundo os autores, contribui para o isolamento social, o sofrimento emocional e a menor expectativa de vida masculina. Em contraste, enquanto muitas mulheres vivenciam a velhice como um período de libertação, diversos homens a percebem como perda de status e desconexão social (Maia; Perurena, 2009).

ENVELHECIMENTO E VIOLÊNCIAS

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a violência contra a pessoa idosa no Brasil é um problema de saúde pública, caracterizado como um ato ou omissão que ocorre em uma relação de confiança e causa danos ou sofrimento (Minayo, 2003). A autora completa afirmando que este é um fenômeno multifacetado e biopsicossocial abrange diversas formas, incluindo a violência física, psicológica, sexual, financeira, abandono, negligência e autonegligência. Souza e Minayo (2010) revelam que essa violência pode ser classificada como estrutural, resultante da desigualdade social; interpessoal, que ocorre nas relações cotidianas; e

institucional, praticada em serviços públicos e privados. As autoras asseveram que o envelhecimento, com suas alterações físicas, psicológicas e sociais, pode aumentar a vulnerabilidade do indivíduo a essas agressões.

Minayo (2023) relata que as estatísticas apontam que a maior parte da violência contra idosos ocorre no ambiente doméstico, sendo os filhos apontados como principais agressores em mais de 50% dos casos. A negligência, a violência psicológica e a financeira estão entre as mais denunciadas. A autora defende que o perfil da vítima é predominantemente feminino, com idade avançada e algum grau de dependência física, mental ou financeira. E o perfil do agressor é frequentemente um familiar que reside com a vítima, pode apresentar dependência financeira em relação ao idoso, ter histórico de violência ou fazer uso abusivo de álcool e outras drogas. Oliveira e Santos (2015) mostram que em uma pesquisa nacional de 2013, 1,3% dos idosos relataram ter sofrido violência por pessoa conhecida, enquanto 1,7% por pessoa desconhecida, o que sugere que a violência social também impacta essa população.

Oliveira *et al*. (2019) destacam que o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa no Brasil é sustentado pela Política Nacional do Idoso (PNI) e pelo Estatuto do Idoso, que estabelecem sanções aos agressores e estruturam uma rede de proteção. Essa rede envolve os Conselhos do Idoso, delegacias especializadas, o Ministério Público e serviços como o Disque 100. O Estatuto do Idoso também tornou obrigatória a notificação dos casos de violência pelos serviços de saúde, medida essencial para orientar políticas públicas (Pinto; Queiroz, 2015). Os autores defendem o fortalecimento dos serviços de apoio e acolhimento, bem como a capacitação dos profissionais de saúde para identificar situações de violência.

Além dos aspectos mencionados anteriormente e a partir dos resultados das categorias analisadas, identificaram-se outros temas de

relevância ao quais também ganhariam espaço nesse agenda, tais como: o envelhecimento da população em situação de rua, ribeirinha, do campo e das florestas; as questões relacionadas à depressão e ao suicídio; o uso de álcool e outras drogas; a inclusão e acessibilidade nos espaços urbanos; o envelhecimento da população LGBTQIAPN+; as dimensões da espiritualidade e da religiosidade no envelhecimento; e os impactos do contexto pandêmico sobre o processo de envelhecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidencia-se que o olhar decolonial e interseccional constitui uma ferramenta indispensável para questionar perspectivas hegemônicas e homogêneas sobre a velhice. Essas abordagens permitem compreender criticamente como a lógica colonial e as múltiplas formas de opressão moldam as vivências do envelhecer. Torna-se, portanto, fundamental uma análise aprofundada dos marcadores sociais articulada ao processo de envelhecimento sociodemográfico brasileiro. Essa análise deve refletir a diversidade e a complexidade que caracterizam os diferentes sujeitos e territórios.

A construção de uma agenda contemporânea sobre o envelhecimento requer a incorporação de temáticas emergentes e específicas. Além disso, é necessário promover políticas públicas integradas que considerem as desigualdades históricas e sociais. Somente sob essa ótica será possível garantir um envelhecimento digno, participativo e equitativo para todas as pessoas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. *et al*. Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 1, 2017.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003.

CAMARANO, A. A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Est. Avançados,** v. 17, n. 49, 2003.

CHAI, C. G.; RAMOS, E. E. de A.; CALDAS, J. M. P. **Novos direitos e novas cidadanias no envelhecer do século XXI:** a realidade do idoso no Brasil. João Pessoa: UFPB, 2022.

CRESPO, R. S. *et al*. Envelhecimento humano e saúde bucal da pessoa idosa na perspectiva da boa digestão. In: **Encontro Internacional sobre o Envelhecimento Humano**, Campos dos Goytacazes, 2023.

DEBERT, G G. A Reinvenção da Velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. **Rev. Brasileira de Ciências Sociais**, v. 12, n. 34, 1997.

DIAS, M. J. S; SANTANA, R. N. N; SOUSA, S. M. P. S. Editorial. **Revista de Políticas Públicas,** São Luís, v. 28, n. 1, 2024.

DUARTE, P H S. **Idosos com HIV/AIDS e suas vulnerabilidades**. Niterói: UFF, 2021.

FALEIROS, V. P. Desafios do envelhecimento social. **Serviço Social & Sociedade,** n. 104, 2010.

FARIA, F. P. de; D'ELBOUX, M. J. Compreendendo o processo de envelhecimento sob a ótica de idosos participantes de um grupo de convivência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 45 v. 45, n. 2, 2011.

FARIAS, V. da S. MOREIRA, M. S. Envelhecimento feminino e empoderamento. **Revista Portal de Divulgação**, n. 48, 2015.

FREITAS, E. V. de; PY, L. Compreendendo o idoso: uma abordagem multidisciplinar. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro**, v. 10, n. 4, 2011.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA**). Envelhecimento no Século XX**I: celebração e desafio. Nova York, UNFPA, 2012.

HERRERO, M. M. Um olhar sobre o envelhecer numa aldeia indígena. **Mais 60 – Estudos sobre Envelhecimento**, v. 29, n. 72, 2018.

IBRAHIM, S. *et al*. A percepção da pessoa idosa sobre a sexualidade e a saúde sexual no envelhecimento. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR,** Umuarama, v. 26, n. 3, 2022.

KALACHE, A. *et al*. Envelhecimento, velhices e interseccionalidades. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 26, 2023.

LEANDRO, D. S.; SILVA, S O P da; LIMA, C. B. de. Sexualidade como suporte à qualidade de vida do idoso. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 16, n. 4, 2016.

LIMA, P. A. B. de. **Envelhecimento e o HIV/AIDS**: percepções e estigmas. Uberlândia: UFU, 2022.

MACHADO, A. A. S; GUARDIA, É. N. Envelhecendo no século XXI não lugares: a condição do idoso. **CIPPUS,** Canoas, v. 7, n. 1, 2019.

MAIA, G. F. da; PERURENA, F. (In)visibilidades, masculinidades e envelhecimento. **In: Congreso de la Asociación latinoamericana de sociologia. B**uenos Aires: Asociación Latinoamericana de Sociología, 2009

MEZA, E. R.; ROSA, M. V. da. Uma leitura interseccional sobre o perfil sociológico de pessoas idosas que frequentaram disciplinas isoladas

de graduação presencial em uma universidade federal. **Revista Kairós--Gerontologia,** São Paulo, v. 24, n. 4, 2021.

MINAYO, M. C. de S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003.

MORATELLI, V. Afrovelhice: uma outra leitura para o envelhecimento populacional brasileiro. **Revista Brasileira de Sociologia**, v. 13, 2025.

MUSIAL, D. C. *et al*. Velhices indígenas: da desigualdade e da injustiça ao reconhecimento da totalidade e da alteridade na posição social: o estado da arte reparado. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 24, n. 31, 2021.

NOGUEIRA, I. R. R.; ALCÂNTARA, A. de O. Envelhecimento do homem: de qual velhice estamos falando? **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 17, n. 1, 2014.

NOGUEIRA, V. B. M. *et al*. Efeitos das alterações climáticas e antrópicas na saúde do idoso. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 8, n. 1, 2011.

NUNES, P. V.; RIBEIRO, S. dos S.; GIRALDI, P. M. Escrevivência: um olhar decolonial com recorte de gênero a partir da Educação de Jovens, Adultos e Idosos. **Cadernos CIMEAC**, Uberaba, v. 11, n. 1, 2021.

OLIVEIRA, A. P. M. de *et al*. Violência contra a pessoa idosa sob a ótica da saúde pública. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 2, n. 2, 2019.

OLIVEIRA, E. de S.; LUCINI, M. O Pensamento Decolonial: Conceitos para Pensar uma Prática de Pesquisa de Resistência. **Boletim Historiar**, v. 8, n. 1, 2021.

OLIVEIRA, R. de F.; HEKIS, H. R.; MENDONÇA, A. E. de O. A velhice e o idoso sob a ótica de idosos de um programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro,** v. 13, n. 2, 2010.

OLIVEIRA, R. R. de *et al*. Impactos das ondas de frio e de calor e sua influência na saúde da pessoa idosa. **Enfermaio**, n. 28, 2024.

PINTO, B. C. G. M. L.; QUEIROZ, E. F. F. de. Violência contra o idoso: é preciso saber para poder intervir. **Remed: Rev. de Extensão em Medicina da FAMERP**, v. 1, n. 1, 2011.

QUARESMA, M. de L.; RIBEIRINHO, C. Envelhecimento – Desafios do Séc. XXI. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 19, n. 3, 2016.

QUINTERO, P.; FIGUEIRA, P.; ELIZALDE, P. C. **Uma breve história dos estudos decoloniais.** São Paulo: MASP, 2019.

QUINTINO, L. C.; DUCATTI, M. Infecções sexualmente transmissíveis em idosos: revisão integrativa. **Revista Estudos Interdisciplinares em Envelhecimento,** Porto Alegre, v. 27, n. 3, 2021.

RABELO, D. F. *et al*. Racismo e envelhecimento da população negra. **Revista Kairós-Gerontologia,** São Paulo, v. 21, n. 3, 2018.

RIBEIRO, M. T. S. *et al*. Negritude e envelhecimento: caminhos para o empoderamento na terceira idade. In: **Congresso Internacional de Envelhecimento Humano**, 10., Campina Grande, 2023.

RISSARDO, L. K. *et al*. Práticas de cuidado ao idoso indígena – atuação dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, 2014.

ROCHA, D. E.; VIEIRA, G. H.; NUNES, J. da S. Apontamentos sobre velhices, interseccionalidades e educação popular. **Perspectivas e desafios do cuidado em saúde na contemporaneidade**, 2023.

RODRIGUES, C. L.; DUARTE, Y. A. de O.; LEBRÃO, M. L**.** Gênero, sexualidade e envelhecimento. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 30, 2009.

SALVALAIO, R. C. N.; PEREIRA, G. P.; ALVAREZ, C. E. A inserção das demandas dos idosos no planejamento da adaptação ao clima: uma revisão. In: **Encontro Nacional de Tecnologia do Ambiente Construído**, Maceió, 2024.

SALVALAIO, R. C. do N. *et al*. Mudanças climáticas e envelhecimento populacional: uma necessária revisão sistemática de literatura. **PARC Pesquisa em Arquitetura e Construção**, Campinas, v. 14, 2023.

SANTOS, S. S. C.; LAUTERT, L. O idoso em situação de institucionalização: subsídios para a enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem** da USP, v. 34, n. 2, 2000.

SCHNEIDER, R. H. F. D.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais**. Estudos de Psicologia, Campinas**, v. 25, n. 4, 2008.

SILVA, A. C. V. da; ROSENSTOCK, K. I. V. **Análise da saúde e qualidade de vida dos idosos indígenas potiguara**: revisão bibliográfica, São Paulo: INESP, 2018.

SOUZA, E. R. de; MINAYO, M. C. de S. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, 2010.

TEIXEIRA, B. R. *et al*. **Direitos da pessoa idosa: saúde da população idosa negra.** Rio de Janeiro: UERJ, NAI/UnATI, 2022.

UCHÔA, Y. da S. *et al*. A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, 2016.

VASCONCELLOS, D. *et al*. A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas – comparação transcultural. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 3, 2004.

VIEIRA, P. P. F. **Envelhecimento e desigualdades raciais.** São Paulo: Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), 2023.

A RELAÇÃO ENTRE SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA NA POPULAÇÃO IDOSA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Viviane Fornari Vidal

INTRODUÇÃO

A ampliação da expectativa de vida é um fenômeno global, que começou em diferentes épocas e países, com variações em sua evolução (Veras; Lima-Costa, 2011). O aumento da população idosa tem ocorrido em paralelo a melhorias substanciais nos indicadores de saúde, refletindo avanços nas condições de vida e nos sistemas de atenção à saúde. A longevidade, anteriormente restrita a uma parcela reduzida da população, tornou-se um fenômeno generalizado tanto em países desenvolvidos quanto em contextos em desenvolvimento (Veras; Oliveira, 2018).

O envelhecimento populacional brasileiro ocorre em ritmo acelerado, impondo relevantes desafios aos sistemas de saúde e de previdência social. O Brasil passará, em poucas décadas, de uma sociedade predominantemente jovem para uma sociedade de idosos, em processo mais rápido que o vivido por países desenvolvidos (Mrejen; Nunes; Giacomin, 2023). Esse envelhecimento, entretanto, não se dá de forma homogênea: regiões do Sudeste e Sul apresentam maior índice de envelhecimento, enquanto áreas do Norte e Nordeste envelhecem mais lentamente, refletindo desigualdades regionais e urbanas que impactam de forma direta o acesso aos serviços de saúde e as condições gerais de vida da população (Faria; Spode, 2024).

Além das desigualdades territoriais, o envelhecer no Brasil é atravessado por marcadores sociais, como raça, gênero e identidade de gênero. Idosos negros enfrentam maiores dificuldades em inclusão produtiva, segurança financeira e acesso à saúde, resultado de um acúmulo histórico de desigualdades (Vieira *et al*., 2023). Idosos trans, por sua vez, vivenciam marginalização social, ausência de políticas específicas e vulnerabilidade extrema, configurando um envelhecimento marcado pela exclusão e pela necropolítica (Lixa; Dittrich, 2022). Nos povos indígenas aldeados, por outro lado, o envelhecer pode estar associado a fatores de proteção como alimentação tradicional, ambiente preservado, atividade física e relações comunitárias fortes, que favorecem a longevidade e inserção social (Herrero, 2018).

O relatório sobre o envelhecimento e desigualdades raciais de Vieira *et al.* (2023) incorpora o conceito de "envelhecimento ativo", proposto pela Organização Mundial da Saúde, que abrange os pilares da saúde, da participação e da segurança. A análise evidencia que idosos negros apresentam piores indicadores em diferentes dimensões, como inclusão produtiva, mobilidade, acesso a serviços de saúde, segurança financeira e digital, além de maior exposição à violência. Tais condições refletem o acúmulo de desigualdades estruturais ao longo da vida, resultando em um envelhecimento mais vulnerável e em uma qualidade de vida inferior. Nesse sentido, o estudo demonstra que a experiência da velhice deve ser compreendida não apenas a partir da saúde física, mas também em sua relação intrínseca com os determinantes sociais e raciais.

Outro aspecto crucial diz respeito aos idosos dependentes, que enfrentam situações de violência, abandono e negligência, em especial no ambiente domiciliar. Esses fatores comprometem gravemente a saúde e o bem-estar, e reforçam a necessidade de políticas públicas específicas para sua proteção (Ceccon; Garcia-JR, 2024).

Diante do panorama apresentado, esta revisão tem como objetivo analisar, a partir da literatura recente, as múltiplas dimensões que envolvem o processo de envelhecimento e sua relação com a qualidade de vida, com ênfase nas condições de saúde, nos determinantes sociais e nas desigualdades que atravessam a velhice no contexto brasileiro. Busca-se, ainda, compreender como a saúde bucal, frequentemente negligenciada nas políticas públicas e nas práticas de cuidado, integra-se a esse conjunto de fatores, exercendo papel determinante na autonomia, no bem-estar e na dignidade dos idosos.

QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE BUCAL NA VELHICE

Qualidade de vida dos idosos

De acordo com o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL), "qualidade de vida é a percepção de um indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de valores em que vive, em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Quando associado ao campo da saúde, este conceito costuma ser empregado em referência a aspectos diretamente vinculados à presença de doenças ou à realização de intervenções médicas. Contudo, trata-se de uma noção mais ampla e subjetiva, pois envolve dimensões físicas, mentais e sociais que, em conjunto, são determinantes para a manutenção de uma vida satisfatória, especialmente entre a população idosa (Santos *et al*., 2013).

A qualidade de vida na velhice constitui uma experiência heterogênea, fortemente condicionada por fatores sociais, econômicos e culturais. O conceito de envelhecimento ativo, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), amplia a compreensão desse processo ao enfatizar a relevância da saúde, da participação social e

da segurança, ultrapassando a noção restrita de ausência de doenças. No contexto brasileiro, as desigualdades raciais, socioeconômicas e regionais evidenciam que idosos negros, em situação de pobreza e residentes em áreas menos desenvolvidas enfrentam condições mais adversas de envelhecimento, o que reforça a urgência de políticas públicas inclusivas e equitativas voltadas à promoção do bem-estar dessa população (Vieira *et al*., 2023).

O estudo *Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: o Brasil está preparado?* (Mrejen; Nunes; Giacomin, 2023) evidencia que, entre 1998 e 2019, alguns indicadores de saúde dos idosos apresentaram melhora, embora essa percepção tenda a se deteriorar com o avanço da idade, em função do aumento das limitações funcionais e da maior prevalência de doenças crônicas. O trabalho destaca, ainda, que a qualidade de vida está fortemente associada à renda: idosos com menores recursos econômicos relatam piores condições de saúde e maior necessidade de cuidados emergenciais. Além disso, o estudo ressalta que o cuidado domiciliar, predominantemente assumido por familiares – em especial mulheres —, impacta não apenas a qualidade de vida do idoso, mas também a daqueles que assumem a função de cuidadores.

Ao mesmo tempo, práticas culturais e comunitárias, como as observadas entre povos indígenas, mostram que a coesão social e o pertencimento podem ser fatores determinantes de qualidade de vida. O artigo: *Um olhar sobre o envelhecer numa aldeia indígena* (Herrero, 2018) descreve como idosos indígenas aldeados podem alcançar longevidade expressiva, chegando em alguns casos a 103 anos. O estudo identifica como fatores fundamentais para essa qualidade de vida a alimentação saudável, o ambiente preservado, a prática constante de atividade física e as relações comunitárias fortes. Além desses aspectos, ressalta-se que a vida coletiva e a inserção ativa dos idosos na comuni-

dade fortalecem sua autoestima e o sentimento de pertencimento. Dessa forma, a qualidade de vida, nesse contexto, é compreendida não apenas sob a perspectiva biológica, mas como um bem-estar integral, coletivo e cultural.

Em contraste, a violência contra idosos dependentes e a marginalização de idosos trans exemplificam como a exclusão social e a falta de políticas específicas reduzem drasticamente a dignidade e a qualidade de vida (Lixa; Dittrich, 2022; Ceccon; Garcia-JR, 2024).

O artigo sobre violência contra idosos dependentes de Ceccon e Garcia Jr. (2024) demonstra que situações de violência, como abandono, maus-tratos e negligência, comprometem de forma significativa a qualidade de vida na velhice. Idosos em condição de dependência enfrentam não apenas sofrimento físico, mas também impactos psicológicos e a perda progressiva da autonomia. O estudo ressalta, ainda, que a violência doméstica constitui um dos principais obstáculos ao envelhecimento saudável, uma vez que fragiliza a proteção, o cuidado adequado e a segurança, dimensões fundamentais para a manutenção da dignidade na velhice.

O estudo: *Envelhecer trans no Brasil: a face visível da necropolítica* (Lixa; Dittrich, 2022), por sua vez, revela que pessoas trans idosas vivenciam um envelhecimento marcado por exclusão, solidão e ausência de políticas públicas específicas. A necropolítica, associada ao preconceito estrutural, reduz drasticamente tanto a expectativa de vida quanto a qualidade de vida dessa população, negando-lhes acesso digno a cuidados e direitos fundamentais. Nesse contexto, a luta por reconhecimento e inclusão torna-se um elemento central para assegurar dignidade, respeito e condições mínimas de cidadania na velhice.

O estudo de Faria e Spode (2024) sobre o envelhecimento através de perspectivas regional e urbana sinaliza que a qualidade de vida

dos idosos no Brasil varia de acordo com o território. Nas regiões mais ricas e urbanizadas, como o Sudeste e o Sul, há melhores condições para o envelhecer, associadas a maior oferta de serviços e infraestrutura. Em contrapartida, nas áreas mais pobres, especialmente no Norte e no Nordeste, o envelhecimento tende a estar vinculado a maiores privações, com acesso limitado à saúde, à mobilidade urbana e a outros recursos essenciais. Dessa forma, o artigo ressalta que o envelhecimento deve ser compreendido a partir das desigualdades territoriais, evidenciando que as condições regionais influenciam diretamente a qualidade de vida na velhice.

Dessa forma, a qualidade de vida do idoso deve ser compreendida sob uma perspectiva ampliada, que integre dimensões interdependentes como a saúde física e mental, a autonomia, a segurança social, a inclusão cultural e o respeito às diversidades. Tal abordagem reconhece o envelhecimento como um fenômeno multidimensional, que requer ações articuladas entre políticas de saúde, assistência social e cultura, entre outros setores, para a promoção de um envelhecimento digno e participativo.

Qualidade de vida relacionada à saúde bucal na velhice

A saúde bucal constitui um componente essencial da saúde geral e exerce influência significativa sobre a qualidade de vida. A qualidade de vida relacionada à saúde bucal é compreendida como "a ausência de impactos negativos das condições orais na vida social e a presença de um senso positivo de autoconfiança dento facial". Alterações e doenças bucais podem comprometer de forma substancial os aspectos funcionais, sociais e psicológicos do cotidiano. Contudo, ainda são limitados os estudos que exploram a complexidade dos fatores pessoais, culturais e socioeconômicos que moldam a percepção da saúde bucal. Nesse sen-

tido, o impacto negativo das condições orais sobre a qualidade de vida dos idosos configura-se como um relevante problema de saúde pública, exigindo ações e políticas públicas integradas voltadas à promoção, prevenção e reabilitação em saúde bucal (Santos *et al*., 2013).

A autopercepção da saúde bucal expressa a experiência subjetiva dos indivíduos em relação à sua condição funcional, bem como ao seu bem-estar social e psicológico, refletindo a forma como compreendem e aceitam o próprio estado de saúde. A utilização de instrumentos de avaliação do comportamento e da qualidade de vida relacionados à saúde bucal tem se mostrado fundamental para o planejamento e a implementação de ações em saúde direcionadas à população idosa, uma vez que possibilita a identificação de necessidades reais e a promoção de um cuidado integral, pautado na prevenção de doenças e na valorização da saúde como um processo contínuo de bem-estar (Gil-Montoya *et al*., 2015).

A saúde bucal da população idosa é influenciada por um conjunto de fatores sociodemográficos e comportamentais inter-relacionados. A idade constitui um dos determinantes mais relevantes, uma vez que condições como cárie dentária e doenças periodontais tendem a se agravar com o avançar dos anos, ocasionando dor, perda dentária, edentulismo e maior dependência do uso de próteses. Observa-se também um declínio na percepção subjetiva da saúde bucal com o envelhecimento, o que pode estar associado tanto a processos adaptativos quanto à naturalização de limitações funcionais. Do ponto de vista de gênero, mulheres idosas costumam apresentar maior sensibilidade em relação à sua condição bucal e demandam mais intervenções odontológicas do que os homens, possivelmente em razão de fatores socioculturais e comportamentais. Ademais, variáveis como renda e nível de escolaridade exercem influência significativa sobre o acesso aos serviços odontológicos e sobre os desfechos em saúde bucal, reforçando a necessidade

de estratégias de cuidado que considerem as desigualdades sociais no processo de envelhecimento (Melo *et al*., 2023).

Na revisão sistemática de Gil-Montoya *et al.* (2015), verificou-se alta incidência de edentulismo, refletindo um estado geralmente precário de saúde oral nessa população. A prevalência significativa de cáries, doença periodontal e perda dentária contribuem para dificuldades na mastigação, exacerbam condições crônicas e afetam negativamente a qualidade de vida oral, com impactos diretos na qualidade de vida geral. É imperativo que a equipe multidisciplinar envolvida no cuidado dos idosos esteja vigilante e comprometida com a melhoria contínua da saúde bucal dessa população vulnerável.

O estudo de Cortez *et al.* (2023) indica que a perda dentária entre a população adulta e idosa no Brasil resulta de uma complexa interação entre fatores sociais, econômicos, culturais e psicológicos. Tais determinantes estão profundamente enraizados nas condições de vida e nas trajetórias históricas desses indivíduos, bem como nas características estruturais e organizacionais dos serviços de saúde, o que contribui para os elevados índices de extrações dentárias e de edentulismo observados no país.

Dessa forma, múltiplos fatores estão associados à saúde bucal da população idosa, incluindo condições socioeconômicas, características demográficas e comprometimentos físicos e sistêmicos, que podem restringir o acesso aos serviços odontológicos e comprometer a manutenção da saúde oral. Esses elementos evidenciam a necessidade de uma abordagem integral e intersetorial no cuidado à saúde do idoso, considerando tanto os determinantes biológicos quanto os contextuais e sociais (Freitas *et al*., 2022).

O cuidado com a saúde bucal dos idosos está intrinsecamente relacionado à melhoria das funções estomatognáticas, ao estado nutri-

cional, às relações interpessoais, à autoestima e, consequentemente, à qualidade de vida e à percepção geral de saúde. A quantidade e a qualidade dos dentes remanescentes na cavidade oral desempenham papel fundamental nesses aspectos, uma vez que a ausência dentária pode comprometer a mastigação, causar dor e desconforto, além de gerar repercussões psicológicas e sociais negativas. Tais condições reforçam a importância de estratégias de promoção e reabilitação em saúde bucal voltadas à manutenção funcional e emocional do idoso (Ribeiro *et al*., 2023).

Osta *et al.* (2017) investigaram o estado nutricional e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) em pacientes edêntulos após receberem tratamento com próteses totais convencionais ou próteses implanto-suportadas. Os resultados mostraram uma melhoria significativa na qualidade de vida e no estado nutricional dos pacientes com próteses implanto-suportadas.

No estudo de Vasconcelos *et al*. (2020), verificou-se que idosos que sofrem de doenças bucais, dor e desconforto tendem a relatar maiores impactos socio-dentários, incluindo sintomas depressivos. A perda dentária, cárie, doença periodontal e más condições de próteses estão associadas a piores índices de qualidade de vida, enquanto o uso de próteses contribui para a melhora da mastigação e redução da dor. Além disso, a autopercepção do edentulismo influencia diretamente a autoestima e a busca por reabilitação protética (Oliveira *et al*., 2020; Cortez *et al*., 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destarte, de acordo com a literatura investigada, a saúde bucal deve ser compreendida como uma dimensão fundamental da qualidade

de vida na velhice, devendo ser incorporada de forma efetiva às políticas públicas de saúde coletiva. Tais políticas devem considerar as desigualdades sociais, raciais, culturais e territoriais, bem como a vulnerabilidade de grupos populacionais específicos. Nesse contexto, as ações voltadas à promoção e à prevenção em saúde bucal constituem eixos estratégicos para a garantia de um envelhecimento ativo, saudável e digno, em consonância com os princípios da equidade e da integralidade do cuidado em saúde.

Compreender o envelhecimento em sua complexidade implica reconhecer que a qualidade de vida na velhice resulta da interação entre condições biológicas, psicológicas, sociais e culturais, profundamente marcadas por desigualdades estruturais. A literatura evidencia que envelhecer com dignidade requer políticas públicas integradas, capazes de articular saúde, assistência, moradia, mobilidade e participação social, garantindo o exercício pleno da cidadania em todas as fases da vida. Nessa perspectiva, a análise da saúde bucal emerge como elemento indispensável para o entendimento global do bem-estar do idoso, não apenas como aspecto funcional, mas como componente essencial da saúde integral e da inclusão social.

REFERÊNCIAS

CECCON, R. F.; GARCIA-JR, C. A. Violência contra idosos dependentes: revisão narrativa de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,** Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 1-12, 2024.

CORTEZ, G. F. P. *et al*. Razões e consequências das perdas dentárias em adultos e idosos no Brasil: metassíntese qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 1413-1424, 2023.

FARIA, R.; SPODE, C. Envelhecimento sob perspectiva regional e urbana: índices de envelhecimento populacional em diferentes territórios. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais,** Belo Horizonte, v. 41, p. 1-22, 2024.

FREITAS, Y. N. L.; PINHEIRO, N. C. G.; LIMA, K. C. Avaliação da saúde bucal em uma coorte de idosos não institucionalizados. **Cad Saúde Colet,** v. 30, p. 496-506, 2022.

GIL-MONTOYA, J. A. *et al*. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. Clinical Interventions in Aging, v. 10, p. 461-467, 2015.

HERRERO, V. Um olhar sobre o envelhecer numa aldeia indígena. **Revista Kairós Gerontologia,** São Paulo, v. 21, n. 4, p. 67-84, 2018.

LIXA, D.; DITTRICH, M. Envelhecer trans no Brasil: a face visível da necropolítica. **Revista Estudos Feministas,** Florianópolis, v. 30, n. 1, p. 1-15, 2022.

MELO, R. B. *et al*. Edentulismo e fragilidade em pessoas idosas domiciliadas: um estudo transversal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 26, 2023

MREJEN, M.; NUNES, A.; GIACOMIN, K**.** C. **Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: o Brasil está preparado?** São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), 2023.

OLIVEIRA, A. M. G. *et al*. Self-perception on the institutionalized elderly need of dental prosthesis. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v**.** 20, 2020.

OSTA, N. E. *et al*. Impact of implant-supported prostheses on nutritional status and oral health perception in edentulous patients. **Clinical Nutrition ESPEN**, v. 18, p. 49-54, 2017.

RIBEIRO, A. E.; SANTOS, G. S.; BALDANI, M. H. Edentulismo, necessidade de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos institucionalizados. **Saúde Debate**, v. 47, p. 222-241, 2023.

SANTOS, C. M. *et al*. Comparison of two assessment instruments of quality of life in older adults. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, p. 328-337, 2013.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, p. 1929-1936, 2018.

VIEIRA, F. S. *et al*. **Envelhecimento e desigualdades raciais no Brasil**: relatório do dossiê desigualdades. São Paulo: CEBRAP, 2023.

VERAS R.; LIMA-COSTA M. F. Epidemiologia do envelhecimento. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO M. L, organizador. **Epidemiologia & saúde**: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 427-438.

A SAÚDE COLETIVA COMO FERRAMENTA DE ANÁLISE PARA PENSAR A INCLUSÃO SOCIAL E O PERTENCIMENTO EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA

Adryeli Costa Silva
Tatiane da Rosa Vasconcelos
William Pereira Santos
Alcindo Antônio Ferla

INTRODUÇÃO

O presente texto, formatado a partir de um projeto de extensão, busca refletir sobre a inclusão social e o pertencimento em uma comunidade quilombola, a partir da saúde coletiva como ferramenta de análise. Trata-se de uma discussão com potencial inovador para a saúde coletiva que visa fortalecer a construção de consciência crítica, bem como o fortalecimento das políticas públicas de equidade com base no comprometimento de visibilidade e transformação da realidade das coletividades.

As comunidades quilombolas são consideradas como povos ou comunidades tradicionais, pois referem-se à grupos sociais que "vivem em contato direto com o meio ambiente, adotando formas próprias de utilização dos recursos naturais e possuindo características socioculturais diferenciadas em relação ao restante da população brasileira [...]" (Brasil, 2009, p. 11).

De acordo com Gomes (2015), as comunidades quilombolas não representam apenas uma herança do passado, mas sim um processo

histórico contínuo, marcado por práticas de resistência, ocupação de territórios e preservação cultural, que se estende até os dias atuais como forma de afirmação identitária e luta por cidadania. Nesse sentido, a afirmação de que "todos têm um lugar no quilombo" traduz o princípio de pertencimento, de reconhecimento das diferenças e de valorização da diversidade como elementos fundamentais para a construção de uma sociedade mais equitativa.

A saúde coletiva é um campo interdisciplinar, pois abrange diversas áreas do conhecimento (Paim; Almeida Filho, 2000). Para além da não redução do olhar a um campo disciplinar, Madel Luz (2009) registra que se trata de um campo de saberes e práticas, ou seja, não redutível à lógica iluminista que propõe uma hierarquia entre ambos, mas também que há tensões entre saberes disciplinares e entre esses e as lógicas do cotidiano. Reconhecer as tensões do cotidiano entre saberes e práticas abre a ciência a outras questões que não foram tomadas como relevantes para o conhecimento constituído, acolhe a necessidade de diálogos mais horizontais com o cotidiano e, assim, também um diálogo com a complexidade da produção de saúde e vida nos territórios (Ferla, 2021), superando a lógica colonial com que a ciência e a cultura ocidental moderna se relacionam com o andar da vida.

Assim, a discussão acerca da inclusão e do respeito no contexto das comunidades quilombolas é de extrema relevância para a compreensão das dinâmicas sociais e culturais que compõem o tecido social brasileiro. Falar em inclusão é reconhecer que todas as pessoas, com suas diferenças, histórias e modos de ser, têm o direito de participar ativamente da vida coletiva. Já falar em respeito é garantir que cada indivíduo seja valorizado e reconhecido por aquilo que é. Ou seja, a abertura às diversidades, nesse caso às comunidades quilombolas e seus modos de andar a vida, não é apenas uma questão de tornar visíveis seus

saberes e práticas, senão de produzir uma tensão epistêmica com as imagens de normalidade e pertencimento que são consideradas válidas nas sociedades ocidentais modernas. A intervenção proposta no projeto de extensão visou promover reflexões e vivências capazes de destacar a importância de cada indivíduo como parte fundamental da comunidade quilombola. A inclusão, nesse sentido, vai além da presença física, traduzindo-se na participação efetiva, no direito à voz e na valorização das singularidades (Furtado, Pedroza; Alves, 2014).

A escolha da Agrovila de Macapazinho, localizada no município de Castanhal, no estado do Pará, como espaço de intervenção se justifica justamente por essas características: de que é uma comunidade marcada pela resistência, pela história e pela força da coletividade. Reconhecida como espaço de preservação da cultura quilombola, Macapazinho mantém viva a memória de seus ancestrais por meio das tradições, das práticas comunitárias e do fortalecimento da identidade local.

Dessa forma, este texto teve como finalidade apresentar o desenvolvimento da intervenção que foi realizada em Macapazinho, destacando a relevância do tema e os impactos das ações voltadas à promoção de um espaço onde inclusão e respeito sejam valores centrais, garantindo que todos tenham um lugar no quilombo. Para tanto, o objetivo geral foi promover reflexões acerca da noção de pertencimento, inclusão social e o respeito à diversidade, de forma a incentivar a integração comunitária.

Os objetivos específicos descritos para a execução da atividade foram: promover o fortalecimento de vínculos e fornecer acolhimento individual dentro do coletivo; desenvolver dinâmicas grupais de promoção a integração, o respeito mútuo, a solidariedade e a cooperação; e reforçar a noção de pertencimento ao grupo quilombola, destacando a importância cultural, social e histórica dessa comunidade dentro da sociedade.

Trazer essa temática para a realidade reafirma que a história do quilombo não pertence apenas ao passado, mas se renova a cada geração. O quilombo é, portanto, espaço de memória e de futuro, onde se constrói a possibilidade de uma comunidade mais justa, solidária e igualitária, na qual o direito de existir e de pertencer é reconhecido a todos.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, a partir de um projeto de extensão que foi realizado em uma comunidade quilombola. Conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação (Brasil, 2002), a extensão universitária é essencial para integrar ensino, pesquisa e prática social, promovendo a consolidação da aprendizagem e do compromisso com a sociedade. A interação direta com a comunidade possibilita também a aplicação de conceitos teóricos em contextos reais, enriquecendo o aprendizado acadêmico e ampliando a visão sobre diversidade, inclusão e cidadania.

O projeto de extensão foi desenvolvido no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) Damaso Pantoja – Santa Lídia. O CRAS constitui-se como a principal porta de entrada da proteção social básica, sendo responsável pela organização e oferta de serviços que visam ao fortalecimento da função protetiva das famílias, à prevenção de rupturas de vínculos, ao acesso e usufruto de direitos e à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e da comunidade (SEMAS Castanhal, 2025).

Entre suas atribuições, destaca-se a oferta do Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF), além da execução de outros programas, projetos e serviços socioassistenciais direcionados a

famílias e indivíduos em situação de Vulnerabilidade Social (SEMAS Castanhal, 2025).

O CRAS também desempenha papel fundamental na articulação e fortalecimento da rede de proteção social básica, contribuindo para a prevenção de situações de risco em seu território de abrangência, bem como para a promoção de vínculos familiares e comunitários. Possui abrangência nos bairros e comunidades do Pirapora, Santa Lídia (Milagre), Cariri, Agrovila de Macapazinho e Nova Salem. O atendimento ocorre de segunda a sexta-feira, nos turnos da manhã e tarde (Baía, 2022; SEMAS Castanhal, 2025).

O público-alvo não se restringe a um grupo específico, abrangendo a comunidade em geral, incluindo crianças, jovens, adultos e idosos que participam das atividades do território. A agrovila quilombola de Macapazinho está localizada a cerca de 15 km do centro de Castanhal – Pará em área rural entre muita vegetação e às margens do rio Inhangapí, afluente no entorno da bacia hidrográfica do rio Apeú.

De acordo com o Censo de 2022, possui cerca de 200 famílias habitando o local, tendo como principal alicerce econômico a agricultura familiar e outras atividades rurais. Este território oferece um cenário singular de valorização cultural, ancestralidade e força comunitária, envolvendo importantes aspectos históricos e tradições religiosas como o Círio de Nossa Senhora de Nazaré (Círio das águas) e a Festa do Divino.

Inicialmente, foi realizada a acolhida das pessoas que participaram do projeto e a apresentação do mesmo, com o objetivo de criar vínculos e deixar o grupo à vontade. Após, foi realizada uma dinâmica "Quem sou eu em uma palavra", onde cada participante tinha que dizer seu nome e uma palavra que representasse como estava se sentindo naquele dia. Para isso, foi utilizado *post it* e canetas para os registros de cada participante.

Em seguida, foi realizada a dinâmica do “Lugar de Cada Um” com duração de aproximadamente 50 minutos, a fim de ratificar a ideia de pertencimento e inclusão. As cadeiras foram dispostas em círculo e entregou-se a cada participante um cartão em branco para que eles escrevessem uma palavra ou frase que representasse “o seu lugar no quilombo” (poderia ser algo simbólico como “respeito”, “ancestralidade”, “acolhimento”, etc). Cada pessoa compartilhou sua palavra e colocou o cartão no centro do círculo, formando um “mosaico coletivo” em uma cartolina. A reflexão ao final da dinâmica permitiu enfatizar que todos têm um lugar único, mas juntos constroem um espaço de identidade e comunidade.

As atividades propostas visam promover a inclusão e o sentimento de pertencimento, mostrando que cada pessoa tem um papel importante na construção do grupo/comunidade. O mosaico mostrou, de forma visual e afetiva, que cada participante é parte essencial de um todo maior, tal como cada indivíduo é parte fundamental do quilombo.

Após a realização da dinâmica foi disponibilizado um espaço de escuta psicológica no formato de plantão, conduzido pelos estudantes de Psicologia envolvidos no projeto. O plantão psicológico constituiu-se como uma modalidade de atendimento caracterizada pela escuta acolhedora, qualificada e individual, possibilitando ao participante expressar suas demandas, reflexões ou questões emocionais de forma livre, em um ambiente seguro e respeitoso.

Dessa forma, o plantão psicológico complementou a atividade grupal, ampliando a proposta do projeto ao articular práticas de promoção de saúde mental tanto em âmbito coletivo quanto individual, reafirmando o compromisso com o cuidado, a inclusão e o acolhimento da comunidade participante.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O campo da saúde coletiva articula-se com as noções de territórios e comunidades tradicionais, como é o caso dos quilombos. A intervenção realizada no quilombo da agrovila de Macapazinho contou com a participação de aproximadamente 16 moradores, entre os quais figuravam educadores da Escola Municipal Quilombola Prof. Maria Bandeira Braga.

Considerando a centralidade do território neste estudo e na prática de produção do cuidado em saúde, é preciso compreendê-lo não apenas como um espaço demarcado e limitado, mas como um espaço onde se vive, trabalha e produz saúde. Do ponto de vista simbólico e cultural, o território constitui-se como um lugar de significados, saberes e modos de vida. Já sob uma perspectiva política e epistêmica, o território é um espaço de diálogos, trocas e produção de conhecimento. Nesse sentido, os processos sociais que o atravessam o configuram como um espaço em constante movimento, no qual tudo se conecta e se transforma (Schweickardt; Lima; Ferla, 2021).

É nesse contexto que o projeto desenvolvido no quilombo da agrovila de Macapazinho buscou promover a valorização da identidade quilombola, reforçando o sentimento de pertencimento, a importância da coletividade e a preservação das tradições culturais. O grupo se expressa a partir das relações e do modo de organização estabelecidos entre eles, nesse sentido um dos pressupostos da saúde coletiva é que "as ações de saúde (promoção, proteção, recuperação e reabilitação) constituem uma prática social e trazem consigo as influências do relacionamento dos grupos sociais" (Paim; Almeida Filho, 1998, p. 309), como foi possível identificar no decorrer da atividade de extensão com a comunidade.

As rodas de conversa e dinâmicas em grupo permitiram estimular a integração, o diálogo e a cooperação, fortalecendo os laços comunitários e criando espaços de acolhimento e respeito às diferenças. Além disso, as atividades realizadas demonstram resultados que se articulam com a participação e Controle Social em saúde, enquanto princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), no sentido de promover diálogos e reflexões sobre a comunidade que vivem e se reconhecerem enquanto sujeitos cidadãos e de direitos. Mesmo que em pequenos grupos, é possível pensar em estratégias micropolíticas de enfrentamento, conscientização e fortalecimento comunitário, a partir da participação (Brasil, 1990). A dimensão micropolítica da produção da vida e das saúdes nos territórios é, ela também, uma produção do campo de saberes e práticas da saúde coletiva, cujo autor de referência é Emerson Merhy (2023), e destaca o plano das relações entre os seres e o ambiente, sobretudo na organização do trabalho (Ferla, 2021).

Foi a partir dos movimentos e lutas sociais que a população conseguiu participar da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986 com o tema: "A saúde como dever do Estado e direito do cidadão". Em seguida, o relatório final da conferência contribuiu para a criação do capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988 e deu as bases para a criação do SUS em 1990. Importante esse olhar sobre o plano das relações, que torna a análise mais densa do que a história oficial, permitindo compreender as alianças e a formação de imaginários, ao mesmo tempo, como genealogia e como arqueologia, não apenas a versão dos vencedores.

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 1990 legitima o direito à saúde para todas as pessoas, a partir do princípio da universalidade, porém quando se trata de acesso, é necessário levar em consideração os condicionantes e determinantes de saúde. O direito não garante igualmente

o acesso, pois as necessidades e barreiras são diferentes para povos e comunidades tradicionais, principalmente no território Amazônico (Brasil, 1990). As condições de acesso ao saneamento básico, alimentação, lazer, educação, saúde, entre outros, são mais precárias e por vezes inexistentes dentro de um sistema que deveria dar garantias universais para todos os cidadãos. Santos (2011) salienta que a possibilidade de usufruir do direito de cidadania depende de um marcador social, que expõe a diferença, que é o ponto a partir do qual a existência se dá. Nesse sentido, não se trata apenas do acesso aos serviços oficiais, mas de abordagens interculturais que reconhecem a diversidade e estabelecem hibridismos com diferentes culturas e práticas.

Ao encontro disso, para pensar as questões das diferenças territoriais e comunitárias, podemo-nos amparar em outro princípio do SUS que é a equidade. As pessoas possuem necessidades diversas de acordo com sua subjetividade, contextos e realidades sociais, econômicas, culturais, biológicas, psicológicas, entre outras, que pedem respostas também diversas. Assim, a equidade segue a ideia de dar mais para quem precisa mais, a fim de atender a essas demandas de forma mais igualitária em relação ao restante da sociedade (Brasil, 1990).

Na saúde coletiva, além das aproximações que se pode fazer com os princípios e diretrizes do SUS para pensar, refletir, fortalecer debates importantes sobre povos e comunidades tradicionais, os conceitos de normal e patológico também contribuem para esse campo interdisciplinar. A discussão do normal e patológico ajuda a compreender a complexidade dos processos de saúde e doença dentro de contextos sociais, econômicos e culturais, oferecendo uma abordagem mais humana e holística. A perspectiva de Madel Luz (2009) traz a complexidade do campo da saúde coletiva, que explora a saúde como um fenômeno multidimensional, indo além da abordagem biomédica. Essa visão envolve

compreender a saúde a partir de um ponto de vista que abrange aspectos biológicos, sociais, culturais, econômicos e históricos. Ademais, configura-se como um processo de tensionamentos que alarga a compreensão do que está em cada território, o que permite compreender o conceito ampliado de saúde não apenas como soma de saberes biomédicos, mas como construção social, histórica e territorial.

A complexidade no campo da saúde coletiva reside na articulação entre diferentes disciplinas e perspectivas para compreender a saúde em suas múltiplas dimensões, considerando tanto os aspectos macro (sociais e estruturais) quanto os micro (individuais e subjetivos). Madel Luz (2009) defende a necessidade de uma visão ampliada, interdisciplinar que integre e valorize o saber popular, as experiências subjetivas dos indivíduos e os conhecimentos das ciências sociais, além dos saberes médicos e biológicos. Não como forma de um novo patamar de conhecimentos do tipo weberiano, mas como diversidade e como movimento. O lugar do ideal de pensamento é substituído por uma dimensão processual, onde novos aspectos podem ser incorporados na dinâmica de cada território, fazendo com que a diversidade cultural e étnica tenham a potência de hibridizar a compreensão da dinâmica dos acontecimentos, em substituição às binaridades que movem as abstrações: se não se trata centralmente de produzir um novo conceito com capacidade de explicar todos os fenômenos que envolvem um dado aspecto, é possível substituir as hierarquias (saudável/doente, normal/patológico, verdadeiro/falso) por platôs sucessivos de compreensão do que se quer entender e produzir.

Dessa forma, entende-se que o projeto pode contribuir para o empoderamento da comunidade, incentivando a participação social e a busca por direitos, a partir da ideia de pertencimento ao quilombo e a promoção de saúde que se dá nesses espaços. Sobretudo, em articulação com instituições como o CRAS, além de favorecer a construção de um

ambiente mais inclusivo e solidário, onde todos tenham voz e sejam reconhecidos como parte fundamental do quilombo.

A atividade de extensão possibilitou o desenvolvimento de práticas e competências essenciais para a formação profissional, tais como a capacidade de escuta ativa, a empatia, o trabalho em equipe, o planejamento e a execução de atividades comunitárias. Além disso, a experiência promove reflexão crítica sobre questões de compreensão da responsabilidade social e do papel do profissional na transformação da realidade comunitária.

O projeto proporcionou contribuições relevantes para a formação acadêmica e profissional dos discentes envolvidos. Para a equipe, a vivência viabilizou o desenvolvimento de habilidades essenciais à prática psicológica, como a escuta ativa e a compreensão acerca da diversidade cultural, do pertencimento social e do papel da psicologia no enfrentamento das desigualdades sociais, tornando-os profissionais mais sensíveis e preparados para atuar em diferentes realidades sociais.

O envolvimento dos beneficiados foi expressivo não apenas em termos quantitativos, mas principalmente qualitativos. Durante as atividades, observou-se a participação ativa da comunidade, seja por meio de relatos pessoais, reflexões coletivas ou na proposição de práticas voltadas ao fortalecimento do sentimento de pertencimento. Esse engajamento demonstrou o interesse da comunidade em discutir questões ligadas à inclusão, ao respeito e à preservação da identidade quilombola.

Em relação ao desenvolvimento sociopolítico e cidadão, a ação extensionista possibilitou que os participantes refletissem sobre seus direitos, deveres e sobre a importância da coletividade para a construção de um ambiente mais justo e igualitário. Houve incentivo ao exercício

da cidadania ativa, por meio do fortalecimento do sentimento de pertencimento de cada indivíduo e do reconhecimento de que todos são fundamentais na manutenção da cultura e da história local.

Além disso, a intervenção atendeu a demandas relacionadas à inclusão social, ao acesso à informação, à conscientização e ao fortalecimento de vínculos comunitários. Contribuiu para a promoção de direitos, valorização da cultura local e fortalecimento de espaços de diálogo e participação, proporcionando suporte a grupos que enfrentam vulnerabilidades ou exclusão social. A prática auxiliou a sociedade a enfrentar desafios concretos de saúde, cultura e cidadania, promovendo melhorias na qualidade de vida e na integração comunitária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das vivências registradas durante a atividade de extensão, foi possível refletir sobre a inclusão social e o pertencimento em uma comunidade quilombola, considerando a centralidade do território na produção do cuidado em saúde. A saúde coletiva, enquanto ferramenta de análise, permitiu promover reflexões acerca do respeito à diversidade e incentivar a integração comunitária, articulando práticas e direitos de saúde com os princípios do SUS e o processo saúde-doença.

A saúde coletiva é um campo de saberes e práticas que se abre ao complexo e pode trazer contribuições necessárias oas povos e comunidades tradicionais, assim como para a comunidade acadêmica, por ser interdisciplinar. Os quilombos configuram-se como territórios que demandam cuidado e visibilidade, seja através de ações, intervenções ou atividades de extensão que trabalhem questões pertinentes para eles e que ao mesmo tempo possibilitam uma troca de saberes e o intercâmbio de conhecimentos entre os extensionistas e a comunidade.

Os princípios do SUS como a universalidade, participação social e equidade discutidos com base no contexto daquela comunidade, permitem observar as adversidades enfrentadas, bem como suas potencialidades e singularidades nas formas de fazer saúde. Em espaços que muitas vezes o direito cidadão não é garantido ou as políticas públicas não chegam, também existem práticas de cuidado, de promoção e prevenção que o próprio coletivo se une para dar conta de suas particularidades.

Destaca-se que a saúde coletiva como campo interdisciplinar necessita de aproximações com os princípios e diretrizes do SUS para fomentar, refletir, fortalecer os debates que permeiam os povos e comunidades tradicionais. Faz-se necessário considerar o contexto social, cultural, histórico e econômico para entender os modos de funcionamento, de saúde e de doença de determinado grupo social, visto que as formas de pensar e fazer saúde são diversas.

O olhar psicológico contribuiu para criar espaços de acolhimento e expressão subjetiva, favorecendo a construção de vínculos e a ampliação do sentimento de pertencimento. A Psicologia, nesse contexto, atuou de forma interdisciplinar, articulando saberes e promovendo reflexões sobre identidade, afeto e coletividade. Sobretudo, a intervenção não apenas promoveu a troca de saberes entre universidade e comunidade, mas também contribuiu para o fortalecimento da consciência cidadã, estimulando os membros da comunidade a se reconhecerem como protagonistas na luta pela inclusão, pelo respeito e pelo direito à dignidade.

REFERÊNCIAS

BAÍA, P. A agrovila quilombola de Macapazinho comemora as tradições e histórias de seus ancestrais. **O Liberal**, Castanhal, 2022. Disponível

em: https://www.oliberal.com/para/agrovila-quilombola-de-macapazinho-comemora-as-tradicoes-e-historias-de-seus-ancestrais-1.616602. Acesso em: 1 set. 2025.

BRASIL. **Guia de Políticas Sociais Quilombolas:** Serviços e benefícios do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 3 set. 2025.

BRASIL. **Lei n.° 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 3 set. 2025.

FERLA, A. A. Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: A interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes Plurais Educação na Saúde**, [S.l.], v. 5, n. 2, p. 81-94, 2021. DOI: 10.54909/sp.v5i2.119022. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/119022. Acesso em: 7 out. 2025.

FURTADO, M.; PEDROZA, R.; ALVES, C. Cultura, identidade e subjetividade quilombola: uma leitura a partir da psicologia cultural. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 106-115, 2014. Disponível em: http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/884273 Acesso em: 22 set. 2025.

GOMES, F. S. **Mocambos e quilombos: uma história do campesinato negro no Brasil**. São Paulo: Claro Enigma, 2015. Disponível em https://www.companhiadasletras.com.br/trechos/35044.pdf. Acesso em: 23 ago. 2025.

LUZ, M. T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade,** v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000200013. Acesso em: 20 ago. 2025.

MERHY, E. E. (org.). **Micropolítica del trabajo en salud:** teoría, métodos y aplicaciones. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Managua, Nicarágua: OPS/OMS; Managua, Nicarágua: UNICA, 2023. 151 p. (Série Salud & Centroamérica, v. 3). ISBN 978-65-5462-054-3. DOI: 10.18310/9786554620543. Disponível em: Disponível em: https://editora.redeunida.org.br/project/micropolitica-del-trabajo-en-salud-teoria-metodos-y-aplicaciones/. Acesso em: 8 set. 2025.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva.** Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma "nova" saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/PDRmKQr7vRTRqRJtSgSdw7y/abstract/?lang=pt. Acesso em: 23 ago. 2025.

SANTOS, M. **O espaço da cidadania e outras reflexões**. Porto Alegre: Fundação Ulysses Guimarães, 2011. (Coleção O Pensamento Político Brasileiro)

SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, R. T. S.; FERLA, A. A. (org.). **Mais Médicos na Amazônia:** efeitos no território líquido e suas gentes. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2021. p. 248. (Série Saúde & Amazônia, v.16). ISBN: 978-65-87180-91-5. DOI: 10.18310/9786587180915. Disponível em: https://editora.redeunida.org.br/project/mais-medicos-na-amazonia-efeitos-no-territorio-liquido-e-suas-gentes/. Acesso em: 10 out. 2025.

SEMAS Castanhal. CRAS. SEMAS Castanhal, **Castanhal,** 10 out. 2025. Disponível em: https://semascastanhal.wordpress.com/cras/. Acesso em: 10 out. 2025.

ENTRE MUDANÇAS E PERMANÊNCIAS: OS MOVIMENTOS DO CURSO DE BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

João Vitor Rodrigues Oliveira Soares
Luiza Lovatto da Silva
Cristianne Maria Famer Rocha

INTRODUÇÃO: O CURSO DE SAÚDE COLETIVA E O PERFIL DOS ESTUDANTES

O Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) tem, desde sua criação, o compromisso de formar profissionais críticos e engajados com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a transformação das realidades de saúde. Em sintonia com esse compromisso, a partir de 2022, após a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (Brasil, 2022), o Núcleo Docente Estruturante (NDE) e a Comissão de Graduação do Curso de Saúde Coletiva (Comgrad) iniciaram o desenho de um novo Projeto Pedagógico de Curso (PPC) (UFRGS, 2025). No ano de 2025, após a realização de muitas atividades internas e externas ao Curso, foi aprovado, em todas as instâncias da UFRGS, o novo PPC que busca não apenas atualizar conteúdos e metodologias, mas também adequar-se às condições concretas de vida e trabalho de seu corpo discente. O presente ensaio tem como objetivo analisar esse processo de reforma curricular, destacando seus sentidos, fundamentos e implicações para a formação em Saúde Coletiva.

As mudanças propostas – que se efetivarão a partir do ano de 2026, quando os novos ingressantes e os atuais discentes passarão a

vivenciar o novo currículo instituído – significam colocar em prática o compromisso assumido com a equidade, a permanência e o cuidado com o grupo de estudantes, reconhecendo a diversidade e os diferentes modos de existir na universidade (UFRGS, 2025). Neste ensaio analítico, refletimos sobre o processo de reforma curricular do Bacharelado em Saúde Coletiva da UFRGS, entendendo-o como um gesto de cuidado institucional e político, voltado à construção de uma formação mais humana, inclusiva e coerente com os princípios que o próprio campo defende.

A reforma atesta também o compromisso de formar profissionais que estarão aptos à defesa do SUS, com um currículo que busca promover maior inter-relação e integração entre os conteúdos, incentivar a colaboração entre docentes e realizar a docência compartilhada, bem como aprimorar a interdisciplinaridade e a promoção de saúde na relação ensino-aprendizagem (UFRGS, 2025). Essa mudança não se limita à organização da grade curricular, mas representa um movimento de cuidado com quem aprende, reafirmando a concepção de formação como prática de cuidado (CECC, 2005) e aproximando-se da perspectiva freireana de uma educação comprometida com o diálogo e a emancipação dos sujeitos (Freire, 1996).

Em 2026, o Bacharelado em Saúde Coletiva colocará em prática o novo PPC (UFRGS, 2025), com mudanças significativas em relação ao atual, como a redução dos dias de atividades ao longo da semana (que passarão a ser realizadas em quatro dias) e o fortalecimento das Unidades de Produção Pedagógica (UPPs). A decisão de diminuir o número de dias em que os estudantes realizarão atividades presenciais, no Curso, é uma inovação que sinaliza um cuidado e uma atenção ao perfil do corpo discente, reconhecendo as dificuldades enfrentadas por estudantes que trabalham e estudam à noite. Mayer e Mattos (2016) já reconheciam que o "trabalhador-estudante" e suas especificidades de-

vem ser consideradas no processo de buscar uma qualificação em meio à exaustão, após um dia de trabalho.

Ademais, Maier e Mattos (2016) destacam que o estudante-trabalhador vivencia uma condição marcada por tensões permanentes entre o tempo destinado ao trabalho e o tempo necessário ao estudo, o que repercute diretamente em seu desempenho acadêmico, em sua saúde física e mental e nas suas possibilidades de participação nas atividades universitárias. Essa dupla inserção – de estudo e trabalho – o coloca em uma posição de constante negociação entre as demandas produtivas e formativas, exigindo grande esforço de adaptação e resistência. As autoras observam que, muitas vezes, a universidade mantém uma lógica de ensino que pressupõe dedicação exclusiva, desconsiderando as múltiplas realidades sociais e econômicas dos discentes. Reconhecer o estudante-trabalhador como sujeito legítimo do processo educativo, portanto, implica repensar práticas pedagógicas, flexibilizar estruturas e construir políticas institucionais que promovam equidade e permanência com dignidade.

O ESTUDANTE-TRABALHADOR NO BRASIL E NO CURSO

O processo de reforma curricular buscou envolver a comunidade acadêmica, interna e externa ao Curso, como discentes, docentes, egressos, trabalhadores que supervisionam estágios, entre outros atores importantes para a construção de um PPC que atendesse as heterogeneidades relacionadas aos estudantes de cursos noturnos em universidades públicas. A reforma foi debatida em várias oportunidades e atividades, antes de se efetivar o novo PPC. Foram realizadas reuniões quinzenais, de forma ampliada, com participação de docentes, representantes discentes e egressos, para discutir e organizar o novo PPC. Além disso, foram realizadas atividades de consulta à comuni-

dade, permitindo que alunos e professores contribuíssem ativamente com as mudanças propostas.

Para dar conta da diversidades de situações, foi importante levar em consideração dados mais recentes do Censo da Educação Superior de 2022, publicado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), que mostram que três em cada quatro estudantes do ensino superior brasileiro estavam exercendo atividades profissionais, o que representa cerca de 75% dos universitários brasileiros, um aumento em relação a 2020, quando 48,3% dos jovens entre 19 e 24 anos conciliavam trabalho e estudo (Brasil, 2022).

No Brasil, mais especificamente em 2022, das 49 milhões de pessoas entre 15 e 29 anos, apenas 15,7% – cerca de 7,7 milhões – estavam simultaneamente estudando e trabalhando, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Brasil, 2022). A maioria, 59,1% das pessoas, estava ocupada exclusivamente com atividades profissionais. Esses dados evidenciam como o acesso à educação ainda é, infelizmente, um privilégio. Em um país marcado por profundas desigualdades sociais, estudar não é uma possibilidade para grande parte dos jovens, que precisam ingressar precocemente no mercado de trabalho para garantir sua própria subsistência ou a de suas famílias (Almeida Filho, 2018).

Por outro lado, o recorte etário de 15 a 29 anos, utilizado pelo IBGE (Brasil, 2022), não reflete a realidade do Curso de Saúde Coletiva da UFRGS. O Bacharelado apresenta um perfil estudantil diverso, com faixa etária entre 18 e 70 anos, evidenciando um curso longitudinal e não homogêneo, com trajetórias acadêmicas e profissionais variadas (Borges *et al.*, 2024). Em razão dessa diversidade, o percentual de estudantes trabalhadores durante a graduação é significativamente maior, reforçando a necessidade de discutir os desafios enfrentados por

esses estudantes que conciliam trabalho e estudo. Afinal, se a missão da universidade é formar profissionais qualificados para o mercado de trabalho, ela também deve garantir condições que assegurem a permanência e o êxito desses estudantes ao longo de sua trajetória acadêmica (Almeida Filho, 2018).

Essa diversidade reforça a importância de compreender o processo formativo em sua totalidade social. Minayo (2006) destaca que o sujeito da Saúde Coletiva é complexo e historicamente situado, atravessado por condições concretas de vida, trabalho e aprendizado. Essa compreensão remete à própria natureza interdisciplinar do campo, que reconhece o sujeito como um ser social constituído por dimensões biológicas, culturais, econômicas e políticas. Para a autora, compreender o processo saúde-doença implica considerar as múltiplas determinações que configuram a existência humana e as coletividades, superando abordagens reducionistas e biologicistas. Sob essa perspectiva, a formação em Saúde Coletiva deve articular razão e sensibilidade, técnica e ética, ciência e experiência, promovendo uma compreensão integral do ser humano e de seu contexto.

Nesse sentido, é fundamental que as instituições formadoras adotem perspectivas interdisciplinares e críticas, como propõe Almeida Filho (2018), capazes de articular teoria, prática e compromisso social na formação em saúde. Para o autor, a universidade deve romper com modelos tradicionais de ensino, ainda marcados pela fragmentação dos saberes e pela distância entre o conhecimento acadêmico e as realidades concretas vividas pelos sujeitos. Essa ruptura exige reconhecer a educação superior como espaço de criação, diálogo e produção coletiva de sentidos, em que o estudante é também produtor de conhecimento. A formação, portanto, não pode restringir-se à mera transmissão de conteúdos, mas deve estimular a reflexão ética, polí-

tica e social sobre o papel do profissional no mundo do trabalho e na defesa do SUS. Essa concepção se torna plena quando a equidade é compreendida como eixo estruturante da formação, conforme destaca Fleury (2009), ao afirmar que o direito à saúde e à educação depende da construção de políticas que superem as desigualdades e fortaleçam a cidadania como valor fundamental.

Quando a possibilidade de cursar o ensino superior em uma das instituições mais renomadas, como a UFRGS, se concretiza, pouco se pensa nos desafios e barreiras que atravessam a vida acadêmica tão sonhada. Estar na universidade não é, por si só, garantia de permanência, sobretudo para estudantes que precisam conciliar trabalho, responsabilidades familiares e o ritmo intenso das atividades acadêmicas. Nessa perspectiva, a permanência estudantil deve ser compreendida como parte integrante da missão universitária, exigindo políticas de apoio, acolhimento e equidade. Fleury (2009) reforça que a dignidade no acesso e na permanência é uma dimensão essencial da cidadania, e que a educação, enquanto direito social, deve assegurar condições reais de aprendizagem e desenvolvimento. Assim, não basta garantir o ingresso na universidade; é preciso criar meios para que todos possam permanecer, concluir a formação e exercer plenamente seu potencial transformador como sujeitos críticos e comprometidos com o bem comum.

A reestruturação curricular também dialoga com as evidências trazidas por Borges *et al.* (2024), no estudo que analisou o perfil dos egressos do Bacharelado em Saúde Coletiva da UFRGS. O estudo, que contou com 100 egressos formados entre 2009 e 2023, revela que o Curso tem formado majoritariamente mulheres cisgêneros (84%), brancas (70%) e com idade entre 31 e 40 anos (42%). Quanto à inserção profissional, 74% atuam na área da saúde, embora 55,2% não exerçam funções diretamente como sanitaristas. Entre os trabalhadores empregados, 40, 6% são servidores públicos, e 50,2% atuam em estabeleci-

mentos públicos. No campo acadêmico, destaca-se que 78% realizaram ou estão realizando algum tipo de pós-graduação, o que demonstra a continuidade da formação e o interesse pela qualificação profissional. Esses dados reforçam o potencial do Curso em estimular a trajetória crítica engajada com o SUS, ao mesmo tempo em que evidenciam a necessidade de fortalecer a visibilidade e o reconhecimento do sanitarista como categoria profissional.

Os resultados do estudo também apontam para desafios quanto à consolidação da identidade profissional do sanitarista e à valorização do bacharel em Saúde Coletiva no mundo do trabalho: 89 % dos egressos consideram as oportunidades profissionais o principal obstáculo após a formatura, seguido pela falta de reconhecimento da profissão (68%) e pela ausência de um conselho profissional (46%). Ainda assim, 62% afirmaram que escolheriam novamente o Bacharelado em Saúde Coletiva, principalmente pela afinidade com a área (69,8%) e pela percepção de que se trata de um campo em expansão. Esses achados reforçam a importância do processo de reestruturação do PPC, que busca fortalecer a integração entre a teoria e a prática, promover maior inserção discente nos serviços e alinhar a formação às demandas contemporâneas do SUS e do mundo do trabalho.

Além das reflexões sobre o perfil profissional dos egressos, é necessário considerar os desafios vivenciados pelos estudantes ao longo do percurso formativo, especialmente no que se refere ao cansaço mental e à sobrecarga emocional. O ensino em Saúde Coletiva envolve a imersão em realidades complexas, marcadas por desigualdades e pela constante tensão entre o ideal do SUS e as condições concretas de sua operacionalização. Esse contexto, somado às exigências acadêmicas e às dificuldades de conciliar estudo, trabalho e vida pessoal, tem produzido experiências de desgaste e sofrimento psíquico entre discentes e profissionais da área, o que dialoga com as análises de Dejours (1992),

que destaca que o sofrimento surge quando o sujeito é impedido de expressar sua criatividade e de encontrar sentido em seu fazer.

Reconhecer esses aspectos no processo de reestruturação do Projeto Pedagógico é essencial para fortalecer práticas de cuidado e apoio no ambiente acadêmico, valorizando a saúde mental como dimensão constitutiva da formação em saúde. A experiência formativa, sobretudo em cursos voltados à Saúde Coletiva, deve reconhecer que o aprendizado envolve também afetos, vínculos e subjetividades, exigindo que o espaço universitário seja um território de escuta e acolhimento. Incorporar o cuidado como princípio pedagógico significa compreender que quem aprende também precisa ser cuidado, especialmente diante das pressões e desafios do cotidiano acadêmico. Nesse sentido, pensar um currículo que acolha as vulnerabilidades e promova o autocuidado é reafirmar o compromisso ético, político e humano do Bacharelado em Saúde Coletiva com a formação de sujeitos críticos, solidários e sensíveis às realidades com as quais atuam – ou atuarão -, ampliando o conceito desaúde para além da dimensão biológica e aproximando-o da vida em sua totalidade.

Por isso, é fundamental pensar em estratégias que ampliem o cuidado institucional e favoreçam a permanência estudantil, especialmente diante dos desafios vivenciados pelos estudantes-trabalhadores e da sobrecarga emocional presente no cotidiano acadêmico. A formação em Saúde Coletiva exige não apenas a atualização de conteúdos e metodologias, mas também a criação de dispositivos que fortaleçam o vínculo entre o estudante e o Curso, promovendo o sentimento de pertencimento e o engajamento coletivo. A universidade, como espaço formador, deve reconhecer que o aprender também se constrói em redes de apoio, diálogo e que o acolhimento é parte essencial do processo educativo. É nesse horizonte que surgem iniciativas que buscam tornar a trajetória universitária mais acessível, afetiva e compartilhada, como o *Manual Caloures*, criado por estudante do próprio curso, para acolher,

orientar e fortalecer o percurso formativo de quem chega ao Bacharelado em Saúde Coletiva da UFRGS.

O *MANUAL CALOURES*: ACOLHER QUEM ESTÁ E QUEM CHEGARÁ NO CURSO DE SAÚDE COLETIVA DA UFRGS

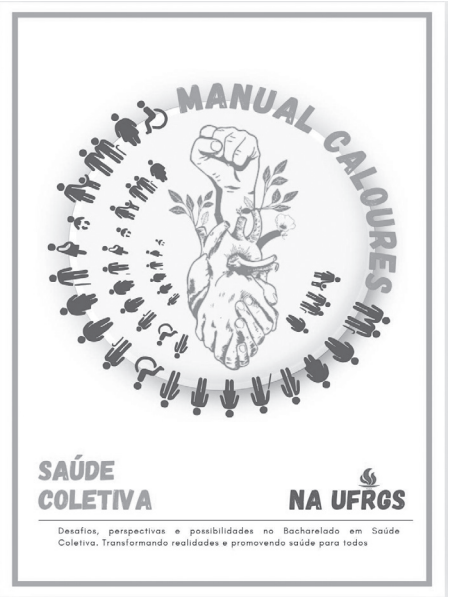
A criação do *Manua*l surgiu a partir da percepção, enquanto estudante do Bacharelado em Saúde Coletiva, de que o ingresso na universidade é um momento cheio de expectativas, mas também de incertezas e desorientações. Muitos ingressantes não conhecem a estrutura da unidade em que estarão inseridos, nem mesmo os vários *campi* da UFRGS, e muito menos as possibilidades formativas que o curso, a unidade acadêmica e a universidade oferecem. Por este motivo, o *Manual* foi desenvolvido como material de acolhimento e orientação, buscando facilitar a ambientação acadêmica, a apropriação do espaço e o desenvolvimento do senso de pertencimento. Como destaca Ceccim (2005), a formação em saúde deve articular-se ao cuidado, incluindo o cuidado com quem aprende e reconhecendo o estudante como sujeito ativo na construção de sua trajetória formativa.

Função pedagógica e política do manual

O *Manual Caloures* – ver figura 1 – não se propõe apenas a apresentar o curso, mas também a fortalecer a autonomia e o protagonismo estudantil. Ao reunir informações sobre o currículo, as UPPs, os projetos de extensão, os grupos de pesquisa, as atividades de monitoria, os programas – como o Programa de Educação Tutorial (PET) – e a iniciação científica, dentre outros temas, o documento amplia a compreensão sobre o percurso formativo e as múltiplas formas de participação. Essa proposta dialoga com a perspectiva freireana de educação emancipatória, segundo a qual o conhecimento é um processo coletivo e transformador. Como

afirma Freire (1996), educar é um ato de liberdade, no qual o estudante se descobre sujeito histórico e capaz de intervir no mundo.

Figura 1 – Capa do "Manual Caloures"



Fonte: SOARES, João Vitor R.O. *Manual Caloures*. Porto Alegre, 2025 (no prelo)

O manual como instrumento de formação e pertencimento

Para além de um guia informativo, o *Manual* representa uma ferramenta política e pedagógica que reafirma o compromisso do Curso, como um todo, e dos seus participantes, em particular, com a formação de sanitaristas críticos, reflexivos e comprometidos com o fortalecimento do SUS. O documento traduz, em linguagem acessível, os valores e

princípios que orientam a Saúde Coletiva, estimulando o pertencimento, a autonomia e a consciência cidadã entre os estudantes. Como destaca Paim (2008), o campo da Saúde Coletiva requer profissionais capazes de articular teoria, prática e compromisso ético-político com a defesa da vida, da democracia e da equidade. Nesse sentido, o *Manual* não apenas orienta o percurso acadêmico, mas também inspira uma postura ativa diante das transformações sociais e sanitárias do país. Assim, constitui-se como um instrumento de resistência e de afirmação do projeto histórico da Reforma Sanitária Brasileira, reafirmando o papel formador e emancipador da universidade pública.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa intenção, com este texto, foi analisar, em linhas gerais, o processo de reforma curricular do Curso de Saúde Coletiva da UFRGS, assim como indicar algumas das estratégias utilizadas e criadas, no processo de reforma e início da implementação do novo PPC, como o *Manual Caloures*, que visam acolher e proporcionar um espaço de maior integração entre estudantes, em particular aqueles trabalhadores, docentes e comunidade acadêmica, em um curso noturno de uma universidade pública. Como indicamos também, os desafios são enormes – muitos deles sequer descrevemos ou analisamos aqui -, mas cremos que a experiência de construção coletiva de alternativas possa indicar que mudanças são necessárias e podem ser realizadas, sempre que sejam respeitadas as heterogeneidades existentes.

A Saúde Coletiva é, por essência, um campo de permanente movimento, construído nas trocas, nos encontros e nas experiências que atravessam a formação e o trabalho. Reconhecer essa dinamicidade é compreender que o saber não se encerra nos limites da sala de aula, mas se amplia nas vivências cotidianas, nas práticas nos territórios e nos

diálogos com diferentes sujeitos e realidades. Criar espaços que possibilitem a expressão dessas experiências de forma coletiva e criativa – como projetos, eventos, manuais ou outras invenções – é fortalecer a dimensão formativa e política da universidade. Nesse processo, o aprendizado se torna também um ato de compartilhamento e de construção coletiva do conhecimento, reafirmando o compromisso da Saúde Coletiva com a transformação social, a defesa da vida e a produção contínua de saberes críticos e transformadores.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. de. **A universidade nova: desafios e possibilidades para o ensino superior no Brasil.** Salvador: EDUFBA, 2018.

BORGES, L. V.; RIBEIRO, V. F.; SILVA, R. D. F. da C. *et al*. **Perfil dos egressos do Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.** Saberes Plurais: Educação na Saúde, [S.l.], v. 8, n. 2, p. e144047, 2024. DOI: 10.54909/sp.v8i2.144047. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/144047. Acesso em: 6 out. 2025.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). **Resumo técnico do Censo da Educação Superior 2022**. Brasília, DF: Inep, 2022.

BRASIL. **Resolução nº 2, de 2022: institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva e dá outras providências.** Brasília, DF: Conselho Nacional de Educação, 2022.

CAMPOS, G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219–230, 2000.

CECCIM, R. B. **Educação e saúde: ensino e cidadania como prática de cuidado.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2004. p. 197–210.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

FLEURY, S. **Saúde e democracia: a luta do CEBES.** São Paulo: Lemos Editorial, 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 45. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo da educação superior.** Brasília, [s.d.]. Disponível em: https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/pesquisas-estatisticas-e-indicadores/censo-da-educacao-superior. Acesso em: 1 out. 2025.

MAIER, S. R. O.; MATTOS, M. **O trabalhar e o estudar no contexto universitário: uma abordagem com trabalhadores-estudantes**. Saúde, Santa Maria, v. 42, n. 1, p. 179-185, 2016.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

PAIM, J. S. **O que é o SUS.** São Paulo: Brasiliense, 2008.

SOARES, J. V. R. O. (org.). **Manual Caloures: guia para estudantes de Saúde Coletiva da UFRGS.** Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem e Saúde Coletiva, 2025. (No prelo).

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Comissão de Graduação do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva. **Resolução nº 01, de 16 de abril de 2025.** Aprova o novo Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva. Porto Alegre, 2025.

TROCA DE SABERES EM SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: CUIDADOS NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE PIOLHOS NA REDE PÚBLICA DE SÃO LEOPOLDO

Tiago dos Santos Cézar[1]
Ana Carolina de Souza Kummer[1]
Larissa de Lucena Villega[1]
Josiani Faleiro da Silva[1]
Vania Celina Dezoti Micheletti[2]

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto nº 6.286/2007, tem como objetivos promover a saúde e a cultura da paz, integrar as redes públicas de saúde e educação, articular ações do Sistema Único de Saúde (SUS) às escolas, contribuir para a formação integral dos estudantes e para a promoção da cidadania e dos direitos humanos. Além disso, busca enfrentar vulnerabilidades que afetam o desenvolvimento escolar, fortalecer a comunicação entre escolas e unidades de saúde e incentivar a participação comunitária nas políticas públicas (Brasil, 2007).

Posto o supracitado e consoante a Fernandes *et al*. (2022), com o PSE houve um processo de interlocução entre as redes de educação e de saúde, sendo um elo entre os serviços. Logo, a estruturação do PSE ocorre de maneira semelhante à Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente no que se refere à territorialização. Nesse sentido, o território é o principal espaço de desenvolvimento e encontra-se em constante transformação, não sendo um local geográfico fixo. No caso da educação, o espaço do PSE se restringe à escola. Entretanto, no contexto da saúde, o

PSE está interligado a outras redes de serviços, uma vez que, dentro da escola, existem diferentes necessidades, assim como na APS há distintas demandas em cada território (Fernandes *et al*., 2022).

Nesse contexto, o PSE possibilita a implementação de ações educativas voltadas à promoção da saúde, considerando as especificidades de cada escola e a diversidade de necessidades dos estudantes (Brasil, 2022). Assim sendo, para implementar ações educativas é necessário uma metodologia de aprendizado, como as chamadas metodologias ativas. Este tipo de metodologia incentiva a autonomia no processo de aprendizado, logo, o educador não é o detentor do conhecimento, mas o mediador. São exemplos desta metodologia a aprendizagem em grupos, sala de aula invertida, gamificação, aprendizagem baseada em projetos e ensino híbrido (Brasil, 2024; Brasil, 2009; Cunha *et al*., 2024).

Uma das estratégias utilizadas é o uso de recursos lúdicos, como fantoches, para abordar temáticas de interesse da saúde escolar, incluindo a prevenção e o controle da pediculose. Essa abordagem não apenas favorece a compreensão das crianças sobre os cuidados com a saúde, mas também promove engajamento, interação e participação ativa dos estudantes, fortalecendo a articulação entre educação e saúde no espaço escolar.

Além das metodologias ativas e recursos lúdicos, é essencial reconhecer os saberes populares das crianças, construídos a partir de suas vivências familiares, culturais e comunitárias. Esses saberes, muitas vezes transmitidos entre gerações, influenciam a forma como compreendem o corpo, a higiene e o cuidado com a saúde. Ao considerar essas percepções infantis no processo educativo, cria-se um diálogo entre o conhecimento científico e o popular, fortalecendo o protagonismo das crianças na construção do saber em saúde (Alves, 2022; Gomes *et al*., 2022).

No município de São Leopoldo, Rio Grande do Sul (RS), o tema da pediculose foi apontado pelas próprias escolas como uma demanda prioritária, visto que se trata de um agravo recorrente entre crianças dos anos iniciais do Ensino Fundamental. De acordo com a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD, 2025), a pediculose é uma infestação causada por piolhos, parasitas que se alimentam de sangue e vivem na pele e nos pelos. Pode afetar o couro cabeludo, o corpo ou a região pubiana, sendo transmitida principalmente por contato direto ou pelo uso compartilhado de roupas. As lêndeas são os ovos dos piolhos e são mais fáceis de identificar do que os próprios parasitas.

Conforme a autoria supramencionada, em razão da infestação se dar por meio do contato direto e com maior destaque em aglomerados infantis, como nas escolas e creches, esses locais se caracterizam os principais focos de propagação do parasita. Portanto, a pediculose capilar torna-se um problema relevante de saúde pública, afetando milhares de pessoas de diferentes classes sociais e partes do mundo. Ademais, tal agravo afeta em especialmente crianças de 3 a 12 anos (idade escolar), com maior ocorrência em meninas (Wills *et al*., 2023).

O Ministério da Saúde reconhece a pediculose como um agravo de interesse nacional, destacando que sua prevenção depende de práticas de higiene, detecção precoce e manejo adequado (Brasil, 2014). Logo, atuar na prevenção da pediculose no ambiente escolar, discutindo a temática por meio de estratégias lúdicas e participativas, têm o potencial de reduzir a transmissão, estimular o autocuidado e minimizar os estigmas sociais associados a essa condição.

Ressalta-se que os resultados desta experiência podem contribuir para a reflexão acerca da implementação de ações do PSE

voltadas à promoção e à educação em saúde, considerando que atividades coletivas com recursos lúdicos, como o uso de fantoches, podem favorecer o engajamento dos estudantes e a efetividade das ações educativas (Jordão, 2023). Ademais, relatos como este são fundamentais para subsidiar futuras estratégias de intervenção e aprimorar programas de promoção da saúde escolar, com vistas a melhorar sua implementação e ampliar seu impacto entre alunos, famílias e comunidade escolar.

Diante dos fatores supracitados, este estudo teve como objetivo central descrever a realização de atividades coletivas sobre cuidados na prevenção e controle de piolhos, principal demanda levantada pelas escolas entre crianças dos anos iniciais, utilizando fantoche em escolas da rede pública de São Leopoldo, no âmbito do PSE, e analisar a contribuição da abordagem lúdica para a sensibilização dos estudantes.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiências construídas coletivamente. Conforme Mussi *et al.* (2021), esta abordagem de estudo permite a apresentação crítica de práticas e/ou intervenções científicas e/ou profissionais.

Contexto do estudo

A ação relatada foi desenvolvida por residentes multiprofissionais do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), formados nas áreas de enfermagem, fisioterapia, nutrição e serviço social, em parceria com profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBSs)

vinculadas à APS do município de São Leopoldo perfazendo um total de quatro escolas e quatro unidades de saúde envolvidas nesse programa. Essa atividade faz parte da semana típica dos residentes. O PSE, conforme instituído pelo Ministério da Saúde, faz parte das responsabilidades da APS, fortalecendo o cuidado integral e o enfrentamento de vulnerabilidades. (Brasil, 2007).

Além disso, é importante destacar que a escolha da pediculose como temática surgiu a partir das demandas observadas nas próprias escolas do território, reforçando a relevância da escuta ativa e da pactuação com a comunidade escolar. Dessa forma, o PSE consolida-se não apenas como um espaço de execução de ações programadas, mas também como uma estratégia flexível, capaz de responder às necessidades reais dos estudantes e de suas famílias, fortalecendo o vínculo entre saúde, educação e comunidade.

Planejamento

O planejamento geral das atividades foi estruturado de forma a contemplar todas as etapas necessárias para a realização das ações. Esse processo buscou garantir a organização, a adaptação dos conteúdos à faixa etária dos alunos e a elaboração de recursos pedagógicos e lúdicos que favorecessem a participação ativa. Abaixo, no Quadro 1, estão descritas as etapas de desenvolvimento realizadas até a execução do teatro.

Quadro 1 - Etapas de desenvolvimento.

ETAPA	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÃO
Planejamento com a escola	Conversa e pactuação com a direção e professores sobre a atividade	Definir datas, turmas e logística
Elaboração do roteiro	Criação do enredo do teatro sobre cuidados com piolhos	Linguagem adaptada para a faixa etária
Preparação dos materiais	Compra dos materiais e elaboração dos fantoches	Criação dos materiais pedagógicos e lúdicos
Preparação musical	Criação das músicas	Elaborado com uso da IA
Ensaios	Teste da apresentação e ajustes	Ajustes de roteiro e linguagem para maior interação com os alunos
Realização do teatro	Apresentação do teatro com fantoches	Ênfase na prevenção e cuidados em saúde

Fonte: os autores (2025).

Conversa e pactuação com a direção e professores sobre a atividade

Nesta etapa, realizou-se uma conversa de pactuação com a direção, os professores das escolas participantes e os residentes autores do trabalho como representantes das Unidades de Saúde, a fim de definir as datas, as turmas e a logística das atividades. Foram discutidos os ob-

jetivos da ação, a temática escolhida (prevenção da pediculose), o papel da equipe de residentes multiprofissionais na elaboração e execução das atividades e a faixa etária (alunos com até 4 anos de idade).

As escolas selecionadas foram: Escola Municipal de Ensino Fundamental Dr. Paulo da Silva Couto, localizada na região Norte de São Leopoldo (Bairro Arroio da Manteiga), Escola Municipal de Educação Infantil Sonho Nosso, situada na região Centro-Sul-Sudeste do município (Bairro Duque de Caxias), a Escola Municipal de Educação Infantil Girassol, localizada na região Nordeste de São Leopoldo (Bairro Santos Dumont) e a Escola Municipal de Ensino Fundamental Arthur Ostermann instalada na região Leste do município (Bairro Feitoria). A seleção dessas instituições ocorreu de forma deliberativa, considerando a representatividade de diferentes regiões do município, a diversidade de etapas da educação básica atendidas (educação infantil e ensino fundamental), assim como a disponibilidade e interesse das escolas em participarem das atividades propostas.

Elaboração do roteiro do teatro

O roteiro para elaboração do teatro com fantoches foi planejado e escrito pelo grupo com auxílio do modelo de linguagem GPT-5 (OpenAI, 2025), considerando a linguagem adequada à faixa etária dos alunos. A proposta incluiu situações do cotidiano escolar que pudessem sensibilizar os estudantes sobre os cuidados com a higiene capilar e prevenção da pediculose.

Preparação dos materiais

A etapa de preparação dos materiais buscou aliar aspectos pedagógicos e lúdicos, empregando itens simples e acessíveis, capazes

de favorecer a criatividade e a participação dos alunos. No Quadro 2, abaixo, estão descritos os materiais selecionados e suas aplicações.

Quadro 2 - Materiais utilizados.

MATERIAL	FINALIDADE
Acetato Vinil de Etileno (EVA)	Corpo e roupa
Caixa de leite	Estrutura do corpo
Cola quente	Colagem
Novelo de lã	Cabelo
Meia	Corpo
Olho móvel	Olhos
Caneta permanente	Detalhes do olho e boca
Laço decorativo	Detalhes

Fonte: os autores (2025).

Os materiais foram adquiridos com recursos dos próprios executores da ação e autores deste trabalho, uma vez que não foi possível o custeio por parte das instituições públicas envolvidas.

Preparação musical

A música utilizada durante o teatro foi gerada por meio de Inteligência Artificial (SUNO, 2025), com ritmo e letras elaboradas para favorecer a compreensão das mensagens educativas contextualizadas à temática. Ressalta-se que a produção e utilização desse material respeitaram as normas de citação e referência da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2002), bem como os preceitos da Lei nº 9.610, de 16 de fevereiro de 1998 (BRASIL, 1998), que regulamenta os direitos autorais.

Ensaios do teatro

O grupo composto pelos residentes do programa Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Unisinos realizou ensaios da apresentação, ajustando roteiro, músicas, fantoches e a interação entre personagens e público. Essa etapa foi fundamental para garantir clareza na comunicação e engajamento dos alunos durante a atividade.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo respeita os princípios éticos em pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução CNS nº 510, de 2016, não sendo necessária a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por se tratar de atividades de caráter educativo e não assistencial. Ressalta-se, ainda, que todas as imagens utilizadas foram devidamente tratadas de forma a garantir a anonimização e a preservação da identidade das crianças.

RESULTADOS

Personagens criados para o teatro

- **Nina** – menina esperta, curiosa, gosta de se cuidar;

Fantoche de formato retangular, feito com caixa revestida de papel rosa. O rosto é marrom-claro, com olhos móveis grandes e boca vermelha. Os cabelos são longos, feitos de lã preta, e há um laço rosa preso no lado direito da cabeça. A roupa é rosa com pequenos enfeites triangulares roxos aplicados. Transmite delicadeza e simpatia.

- **Beto** – menino engraçado, meio bagunceiro, adora brincar;

Fantoche retangular, com corpo verde e rosto bege. Tem olhos móveis grandes e nariz pequeno redondo. O cabelo é volumoso, feito de lã marrom curta, cobrindo parte da testa. O visual é descontraído e lembra uma criança alegre e bagunceira.

- **Dona Coça** – piolha divertida, vilã da história;

Fantoche confeccionado em meia verde-claro. Possui olhos móveis grandes e cabelo de lã preta curta, espetado para os lados. A boca é discreta e bordada em preto. A aparência é divertida e caricata, transmitindo o papel de vilã cômica da história.

- **Dr. Higiene** – fantoche "herói" da saúde e higiene;

Fantoche retangular, com corpo branco e rosto bege. Tem olhos móveis grandes. O cabelo é feito de lã preta curta e desgrenhada. Usa uma roupa branca com detalhes dobrados na frente, lembrando um jaleco, e traz o símbolo do SUS (Sistema Único de Saúde) desenhado. Representa um personagem sério e protetor, com ar de herói da saúde.

- **Narrador(a)** – conduz a história, interage com o público.

Elaboração dos fantoches

A imagem abaixo apresenta as diferentes fases da criação dos fantoches, desde a preparação dos materiais até o produto final.

Imagem 1 - Confecção dos fantoches



Fonte: os autores (2025).

Etapa 1: Nesta etapa foi reunido o material conforme o quadro 2. Ainda nesse momento, foi realizada a pré-montagem, como a separação de tufinhos de lã para a criação de cabelo e o corte do E.V.A para a colagem na próxima etapa.

Etapa 2: Montagem do fantoche Nina, o primeiro fantoche feito, utilizando caixa de leite como base, roupinha de E.V.A, cabelo de lã (elaborado na primeira etapa), olhos móveis, laço decorativo e cola quente. Nesse momento o fantoche estava finalizado para a apresentação.

Etapa 3: Preparação dos personagens Doutor Higiene e Beto. Mesmos materiais mencionados na etapa 2.

Etapa 4: Finalização dos fantoches do Doutor Higiene e Beto.

Após todas as etapas de confecção os fantoches estavam prontos para a atividade do teatro. Abaixo o resultado final dos fantoches elaborados:

Imagem 2 - Fantoches confeccionados



Fonte: os autores (2025).

Na imagem acima, observa-se o resultado final da confecção dos fantoches utilizados na ação educativa. Os personagens apresentam cores vivas e elementos decorativos que facilitam a identificação pelo público infantil, tornando a atividade mais lúdica e envolvente.

Roteiro criado para o teatro

CENA 1 – O DIA DA COCEIRA

(*Cenário: sala de aula ou parquinho da escola. Música animada de fundo.*)

Narrador(a):
Era uma manhã alegre na escola, e os amigos Nina e Beto estavam prontos para mais um dia de brincadeiras!

(*Entra Nina saltitando. Beto coça a cabeça.*)

Nina:
Bom dia, Beto! Vamos brincar de pega-pega?

Beto:
Acho que não... minha cabeça tá coçando demais! Ai... ai... ai...

(*Beto faz caretas engraçadas e coça exageradamente. Plateia ri.*)

Nina:
Ué, você lavou o cabelo ontem?

Beto:
Mais ou menos... eu só molhei um pouquinho! A água tava muito gelada!

(*Crianças riem. Nina se preocupa.*)

Nina:
Beto, você sabia que quando a cabeça coça assim pode ser... PIOLHO?!

Beto:
PIOLHO?! AAAAHH!! SOCORRO! (Corre em círculos.)

Narrador(a):
Será que é mesmo piolho? Vamos descobrir com a ajuda de... quem será?

CENA 2 – SURGE DONA COÇA

(*Som de tamborzinho cômico. Entra Dona Coça dançando.*)

Dona Coça:
Oiêêê! Sentiram minha falta? Eu sou a Dona Coça, e adoro visitar cabecinhas bagunçadas!

(*Fala com o público.*)

Dona Coça:
Quem aqui já teve piolho? Não tenham vergonha, hein! Piolho não escolhe ninguém, ele só aparece!

(*Espera respostas, reage com humor.*)

Dona Coça:
Vocês sabiam que eu e meus amiguinhos vivemos grudados nos fios de cabelo? Nós amamos lugares sujinhos e sem pente fino!

(*Beto se desespera.*)
Beto:
Ai, Nina! Ela tá na minha cabeça?! Tira ela de mim!!

Nina:
Calma, Beto! A gente precisa de ajuda de verdade... e só tem uma pessoa que entende dessas coisas: o Dr. Higiene!

CENA 3 – ENTRA DR. HIGIENE

(*Música de herói. Dr. Higiene entra com capa ou jaleco.*)

Dr. Higiene:
Chamaram meu nome? Aqui estou eu, defensor da cabeça limpinha!

(*Plateia aplaude, Dr. Higiene faz pose de herói.*)

Dr. Higiene:
Dona Coça, eu já te avisei! Crianças limpinhas e cuidadosas não têm espaço pra você!

Dona Coça:
Ah, doutor, mas eles vivem trocando boné, dividindo escova, dormindo sem lavar o cabelo...

(*Dr. Higiene fala com a plateia.*)

Dr. Higiene:
E vocês, crianças? Quem aqui toma banho todos os dias? E quem penteia o cabelo direitinho?

(*Faz perguntas simples e interativas, incentivando respostas com mãos levantadas.*)

Dr. Higiene:
Isso mesmo! E quando aparece um piolho, sabe o que a gente faz?

(*Ensina com rima e gestos para que repitam juntos.*)

"Xô, xô piolho"

(*Repetir duas vezes com as crianças fazendo os gestos – lavar, pentear, tchau.*)

CENA 4 – A BATALHA CONTRA O PIOLHO

Beto:
Dr. Higiene, eu quero aprender como me proteger! Não quero ser a casa da Dona Coça!

Dr. Higiene:
Então vamos lá! Algumas dicas de ouro, crianças:

1. Não compartilhar bonés, escovas ou tiara
2. Lavar o cabelo com frequência
3. Usar pente fino se a cabeça coçar

(*Cada dica, as crianças repetem em coro com ele.*)

E agora a mais importante, todo mundo presta muita atenção aqui no que vou falar:

Se vocês sentirem coceira na cabeça, a primeira coisa que vocês tem que fazer é falar com a mamãe, ou o papai, ou a vovó, ou a titia, ou a professora(o), tá bom?

Dona Coça (fingindo desmaiar):
Ah não... vocês estão acabando com minha festa! Vou embora!

(*Ela sai correndo com uma trilha engraçada.*)

CENA FINAL – TODOS JUNTOS

Nina:
Beto, agora você sabe como se cuidar! E todo mundo aqui também!

Beto:
Valeu, Dr. Higiene! Eu prometo: banho todo dia e nada de preguiça com o pente!

Dr. Higiene:
E se algum piolho aparecer, o que fazemos, crianças?

(*Espera resposta*)

Todos juntos (com coreografia final):
"Xô, Xô piolho!"

Narrador(a):
E assim, mais uma vez, a Turma Contra o Piolho venceu com informação, diversão e higiene!

Todos acenam:
TCHAU, CRIANÇAS! SE CUIDEM!

Música principal criada para a ação

"Na cabeça ele quer morar

Mas eu não vou deixar ficar

Xô piolho vai embora daqui

Na minha casa você não vai dormir

[Chorus]

Xô xô piolho danado

Vou te expulsar bem lavado

Com pente fino vou te pegar

E com shampoo vou te espantar

[Verse 2]

Ele gosta de fazer coceira

Mas eu sou esperto de primeira

Com a ajuda da mamãe e do papai

O piolho danado nunca mais volta

Sai

[Chorus]

Xô xô piolho danado

Vou te expulsar bem lavado

Com pente fino vou te pegar

E com shampoo vou te espantar

[Bridge]

Todo mundo canta e bate a mão

Vamos fazer a grande união

Piolho aqui não tem lugar

Xô xô pra bem longe vai parar

[Chorus]

Xô xô piolho danado

Vou te expulsar bem lavado

Com pente fino vou te pegar

E com shampoo vou te espantar”

As ações de Saúde nas Escolas

A primeira atividade ocorreu na escola da região Norte e contou com a participação da equipe da Estratégia de Saúde da Família Parque Mauá (Enfermeiro e Técnico de Enfermagem), além das professoras da instituição (Escola Municipal de Ensino Fundamental Dr. Paulo da Silva Couto) e dos autores deste trabalho. Nessa ocasião, participaram as turmas 4A e 4B do turno da manhã com idade média de 4 anos, totalizando 44 alunos (média de 22 por turma).

A segunda atividade foi realizada na região Centro-Sul-Sudeste, em parceria com a equipe da Unidade Básica de Saúde Cohab Duque, com a presença dos autores deste trabalho e das professoras da Escola Municipal de Educação Infantil Sonho Nosso. A ação envolveu três turmas da Educação Infantil, com crianças de até 4 anos, somando 45 alunos (média de 15 por turma).

A terceira atividade sucedeu-se na Escola Municipal de Educação Infantil Girassol, localizada na região Nordeste, com a participação da Equipe da Saúde da Unidade Básica de Saúde Brás (Dentista e Agente Comunitário de Saúde), além das professoras e dos residentes autores deste trabalho. Nessa ocasião, participaram duas turmas do turno da tarde, totalizando 50 alunos com média de 25 alunos por turma com idade de 4 anos.

A quarta atividade ocorreu na Escola Municipal de Ensino Fundamental Arthur Ostermann, região Leste de São Leopoldo, em parceria com a equipe de Saúde da Unidade Cohab Feitoria (Agente Comunitário de Saúde), residentes e professores da escola que recebeu a ação. A atividade de saúde ocorreu em dois turnos (manhã e tarde) com três turmas por turno, média de 25 alunos por turma, totalizando 150 alunos atendidos na ação.

SABERES POPULARES DAS CRIANÇAS

Durante as ações educativas, observou-se que as crianças traziam conhecimentos prévios sobre os cuidados com os cabelos e com o corpo, muitas vezes aprendidos em casa com familiares. Expressões como “minha mãe passa vinagre no cabelo” ou “o pai diz que piolho gosta de cabelo sujo” demonstraram a presença de saberes populares relacionados à pediculose. Esses relatos revelam que as crianças constroem significados próprios sobre saúde, articulando práticas familiares e comunitárias. A escuta ativa desses saberes possibilitou aos residentes estabelecer uma comunicação mais empática, reconhecendo o valor das experiências cotidianas no aprendizado sobre autocuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivida no âmbito do PSE mostrou, na prática, o quanto o espaço escolar pode ser um lugar potente para falar de saúde, prevenir problemas e, principalmente, fortalecer os laços entre profissionais da saúde, professores, estudantes, famílias e residentes. O teatro de fantoches sobre a prevenção e o cuidado com os piolhos foi muito mais do que um momento informativo: foi uma atividade divertida, que despertou curiosidade, trouxe risadas e fez com que as crianças participassem da construção do conhecimento, ou seja, metodologia ativa de aprendizagem.

Durante as apresentações, ficou claro que o lúdico é uma forte ferramenta de educação em saúde para o público infantil. As vozes dos personagens, as músicas criadas especialmente para a atividade e a interação com os alunos fizeram com que eles se envolvessem profundamente com os personagens, teatro e com os mediadores. Além de ouvir, as crianças viveram o aprendizado, pois perguntaram, riram, repetiram as falas e se reconheceram como parte da história, relatando se já haviam vivido episódios de piolho ou se conheciam alguém que passou por essa situação.

Outro ponto importante foi a parceria entre a escola, equipe de saúde e o programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. O planejamento envolveu diálogos com as professoras, diretoras e supervisoras, adequação dos conteúdos ao que realmente fazia sentido para aquele território. Essa construção conjunta deixou marcada que ao atuar em parceria entre saúde e educação os resultados são muito mais significativos (Brasil, 2018). O papel das professoras foi essencial não apenas durante a atividade, mas também para garantir que as orientações continuem fazendo parte do dia a dia escolar.

Para a equipe de residentes multiprofissionais da Atenção Básica, a experiência também trouxe grandes aprendizados. A confecção dos fantoches, a criação das músicas e do roteiro, além dos ensaios, exigiram criatividade, organização e muito trabalho em conjunto. Foi uma prática simples, de baixo custo, mas com um grande alcance, mostrando o quanto estratégias criativas, através da metodologia ativa, podem ser aplicadas em diferentes contextos escolares.

Do ponto de vista das crianças, o teatro não só ensinou sobre pediculose (piolho), mas também trouxe uma mensagem importante de autocuidado, higiene pessoal e respeito ao próprio corpo e ao dos colegas. Ao transformar um tema que muitas vezes gera vergonha em algo leve, divertido e sem julgamentos, a atividade ajudou a quebrar estigmas, favorecendo um ambiente acolhedor e empático para falar sobre saúde.

A foto registrada ao final da atividade (Imagem 3) traduz bem o impacto do encontro: crianças conectadas e felizes e profissionais de saúde realmente integrados ao espaço escolar. Essa imagem corrobora a ideia de que a soma de esforços entre saúde e educação pode gerar momentos ricos de aprendizado e cuidado.

Em síntese, conclui-se que a experiência fortaleceu o PSE como uma ferramenta essencial para o cuidado integral dos estudantes, além de reafirmar o papel da educação em saúde como prática transformadora.

Imagem 3 - Final de ação de educação em saúde com escolares: crianças e profissionais contentes com a realização



Fonte: os autores (2025).

Ressalta-se ainda a relevância dos saberes populares das crianças, que emergiram como parte essencial do processo educativo. Ao valorizar essas percepções e práticas herdadas de suas famílias, o trabalho rompeu com a lógica verticalizada da transmissão de conhecimento, aproximando-se de uma perspectiva dialógica e participativa. A integração entre o saber científico e o saber popular reforçou o protagonismo infantil e contribuiu para um aprendizado mais significativo sobre o cuidado em saúde.

Em suma, por meio dessa ação, os residentes multiprofissionais em Atenção Básica, reafirmam que seu papel não é o de detentores do

conhecimento, mas de mediadores, favorecendo maior aproximação e o fortalecimento de vínculos que permitem a aprendizagem mútua. Dessa forma, iniciativas como esta merecem ser valorizadas e replicadas, pois demonstram que é plenamente possível integrar educação e saúde de forma criativa, humana e colaborativa, promovendo um cuidado efetivo com a saúde nas escolas.

REFERÊNCIAS

ALVES, H. J. Crianças e adolescentes como sujeitos de conhecimento: uma crítica do saber para um saber democrático. **Revista de Educação Popular**, Uberlândia, v. 21, n. 1, p. 154-171, 2022. DOI: 10.14393/REP-2022-62924. Disponível em: https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/62924. Acesso em: 24 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cursos sobre Metodologias de Educação em Saúde estão com matriculas abertas**. Brasília, DF: MEC, 2024. Disponível em: https://www.unasus.gov.br/noticia/cursos-sobre-metodologias-de-educacao-em-saude-estao-com-matriculas-abertas. Acesso em: 10 set. 2025.

BRASIL. **DECRETO Nº 6.286, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2007**. Brasília, 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 10 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Pediculose da cabeça (piolhos)**. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/pediculose-da-cabeca-piolhos/. Acesso em: 10 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Programa Saúde na Escola (PSE):** guia para gestores e profissionais de saúde e educação. Brasília, 2018. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-

-br/composicao/saps/pse/grupos-de-trabalho-intersetorial. Acesso em: 10 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Programa Saúde na Escola.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/ape/pse. Acesso em: 10 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 5, de 17 de dezembro de 2009.** Brasília, DF: MEC, 2009. Disponível em: https://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=2298-rceb005-09&category_slug=dezembro-2009-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 10 set. 2025.

CHAT GPT-5 (Inteligência Artificial). **Roteiro teatral gerado por inteligência artificial**. [S.l.]: OpenAI, 2025. Disponível em: https://chat.openai.com. Acesso em:: 24 jun. 2025.

CUNHA, M. B. da *et al*. Metodologias Ativas: em busca de uma caracterização e definição. **Educação em Revista**, [S.l.], v. 40, p. 1-27, dez. 2024. http://dx.doi.org/10.1590/0102-469839442.

FERNANDES, L. A. *et al*. Trajetória dos 15 anos de implementação do Programa Saúde na Escola no Brasil. **Saúde em Debate**, [S.l.], v. 46, n. 3, p. 13-28, nov. 2022.

GOMES, L. B. *et al*. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Caderno de Saúde Púplica.** Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 7-18, 2011. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csp/2011.v27n1/7-18/pt. Acesso em: 24 out. 2025.

JORDÃO, O. M. Teatro de fantoche como ferramenta no ensino da oralidade, leitura e escrita na sala de aula como direito à cidadania: um

estudo de caso. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S.l.], v. 9, n. 11, p. 2388-2399, 2023. DOI: 10.51891/rease.v9i11.12376. Disponível em: https://doi.org/10.51891/rease.v9i11.12376. Acesso em: 10 set. 2025.

MUSSI, R. F. de F. *et al*. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Práxis Educacional**, [S.l.], v. 17, n. 48, p. 1-18, 1 set. 2021. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/Edicoes UESB. http://dx.doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA (Brasil). **Pediculose da cabeça (piolhos)**. 2025. Disponível em: https://www.sbd.org.br/doencas/pediculose-piolho/. Acesso em: 10 set. 2025.

SUNO (Inteligência Artificial). **Música Colaborativa**. [S.l.]: SUNO AI, 2025. Música gerada por IA. Disponível em: https://suno.com/song/. Acesso em: 20 jun. 2025.

WILLS, C. *et al*. **Pediculosis**. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470343/. Acesso em: 10 set. 2025.

A EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS RURAIS DO RIO GRANDE DO SUL

Marina Soares Buralde
Luciane Maria Pilotto

INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988 foi o marco institucional da saúde enquanto direito, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) e ampliando a autonomia político-administrativa em âmbito municipal, delegando aos municípios o status de ente federativo. A partir do processo de redemocratização no país, deu-se início a uma onda emancipatória que culminou no aumento expressivo do número de municípios em todo o país, em especial no Rio Grande do Sul (RS). Tal estado passou de 232 municípios na década de 1970 para 467 no início dos anos 2000, tendo atualmente o quantitativo de 497 (Tomio, 2002; Klering; Kruel; Stranz, 2012).

A reorganização geográfica do território ocorrida a partir do desmembramento de cidades maiores em novos municípios gerou mudanças de diversas ordens, em parte pelo perfil sociodemográfico destes municípios, que possui como característica comum a baixa densidade populacional. Ao adquirir a condição de ente municipal, o município passa a ter a necessidade de uma organização político-administrativa, representada por uma Prefeitura e suas secretarias (Tomio, 2002; Klering; Kruel; Stranz, 2012).

No que tange à saúde, os municípios, desde a instituição da Norma Operacional Básica 96 (NOB 96) do SUS, passaram a ser responsáveis pela execução de serviços, em especial no que se refere à Atenção

Primária à Saúde. A NOB 96 foi responsável por transferir recursos através de critérios *per capita* e disponibilizar incentivos específicos para a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o que representou avanços significativos no processo de descentralização (Brasil, 1996).

Em 2006 foi estabelecida a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que consolidou a ESF como modelo principal para reestruturar a Atenção Primária em Saúde (APS) no país, cabendo aos municípios a responsabilidade direta para sua efetivação. Assim, mesmo que o SUS esteja organizado de maneira tripartite, com responsabilidades nas três esferas de governo, compete unicamente às Secretarias Municipais de Saúde, organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Primária. Aos estados e à União cabe a responsabilidade de prestar apoio técnico e financeiro, como a elaboração de políticas públicas e transferência de recursos com base em ações desenvolvidas e critérios populacionais. Tal competência deve ser realizada de forma universal, dentro do seu território (Brasil, 2017).

Cabe às equipes de Atenção Primária ofertar um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que contemplem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, tendo sua atuação pautada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade e direcionadas a população de seu território adscrito. O cuidado ofertado se dá por meio de atividades individuais e coletivas, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em locais externos, em especial visitas domiciliares realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), profissional que desempenha um papel fundamental no cuidado às famílias do território por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como de vigilância em saúde (Brasil, 2017).

De acordo com dados do Ministério da Saúde (MS), em julho de 2025, haviam 2.667 equipes de Saúde da Família e 679 equipes de Atenção Primária (eAP) no Rio Grande do Sul, bem como 11.104 Agentes Comunitários de Saúde. Destes, 655 eSF, 83 eAPS e 3.138 ACS estavam distribuídos nos 340 municípios rurais (Brasil, 2025). Entretanto, ainda que haja um importante avanço na consolidação da Estratégia de Saúde da Família por meio da ampliação das equipes de APS e do número de ACS e consequente ampliação no acesso à saúde das populações dos mais diferentes territórios brasileiros, são muitos os desafios para a consolidação dessa política basilar para o SUS. A responsabilização pela coordenação do cuidado, resolutividade e ordenação da rede se torna ainda mais complexa de acordo com a força de trabalho disponível em cada município, que por vezes conta apenas com o serviço de atenção primária dentro de seus limites territoriais.

Historicamente, a categoria de porte populacional tem sido amplamente utilizada para o desenvolvimento e implementação de políticas públicas e a elaboração de pesquisas em diversos campos. Contudo, considerando que municípios de mesmo porte são afetados por fatores distintos, e buscando contribuir com o aprimoramento da gestão pública e a pesquisa no Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) elaborou uma nova categoria de municípios. Lançada em 2017, a nova metodologia de categorização dos municípios os difere em tipologia rural-urbano, considerando o tamanho da população, bem como a densidade demográfica e a localização em relação aos principais centros urbanos (IBGE, 2017b).

Considerando essa diversidade existente na cobertura de APS entre os municípios brasileiros e as dificuldades destes na gestão dos serviços, bem como a nova tipologia de classificação municipal proposta pelo IBGE, este trabalho apresenta a distribuição dos municípios gaúchos segundo o porte populacional e a nova tipologia vigente, discutindo as diferenças entre elas e analisando a evolução da APS considerando estas duas tipologias, utilizando indicadores já consolidados na saúde pública

brasileira. Para a análise dos dados relacionados à cobertura de Atenção Primária e cobertura de Agentes Comunitários de Saúde e a fim de contemplar diferentes momentos de desenvolvimento da APS no Brasil, foi realizada série histórica utilizando dados dos anos de 2014, 2019 e 2024, sendo as variáveis coletadas dos seguintes bancos públicos: e-Gestor, IBGE e Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS

Expansão e características dos municípios no RS

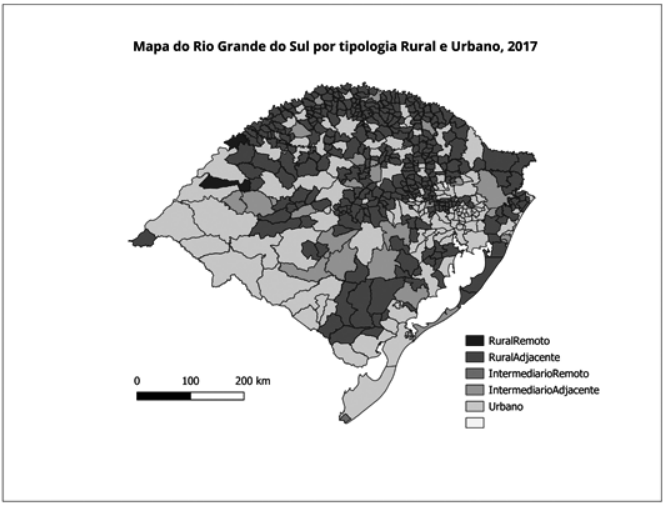
O ritmo de criação de novos municípios se deu de forma desigual entre os estados brasileiros, tendo o Rio Grande do Sul se destacado como o estado que mais emancipou municípios no período de 1988 a 2000, com a criação de 253 novos municípios, o que corresponde a um incremento de 104% no total de entes federativos em território gaúcho (Tomio, 2002). O estado do Rio Grande do Sul possui atualmente 497 municípios, distribuídos de forma heterogênea em 281.707,150km² de extensão territorial e 10.882.965 de habitantes, o que corresponde a densidade demográfica de 38,63hab/km², superior à média nacional, de 23,86hab/km² (IBGE, 2024).

No RS há o predomínio de municípios com pequeno número de habitantes quando consideramos o porte populacional. O IBGE classifica os municípios quanto ao porte populacional de acordo com os seguintes parâmetros: até 5 mil habitantes; de 5.001 a 10.000 habitantes; de 10.001 a 20.000 habitantes; de 20.001 a 50.000 habitantes; de 50.001 a 100.000 habitantes; de 100.001 a 500.000 habitantes e mais de 500.000 habitantes (IBGE, 2024b). Quando observamos os municípios de acordo com esta classificação, o estado do Rio Grande do Sul possui 78,47% dos seus municípios com menos de 20 mil habitantes, sendo 47,68% deles com até 5 mil habitantes.

Tipologia rural-urbana do IBGE

Entretanto, a partir de 2017 o IBGE adotou uma nova classificação para os espaços rurais e urbanos, organizados da seguinte forma: urbano; intermediário adjacente; intermediário remoto; rural adjacente e rural remoto, considerando a densidade demográfica, localização em relação aos principais centros urbanos e o tamanho da população (IBGE, 2017a). Ao considerar a classificação de urbano e rural desenvolvida pelo IBGE, 69% dos municípios são considerados rurais, sendo apenas 2 deles rurais remotos e 341 rurais adjacentes, além de 27 municípios intermediários e 126 urbanos, distribuídos conforme mapa a seguir (Figura 1) (IBGE, 2017a).

Figura 1 - Mapa do Rio Grande do Sul por tipologia Rural e Urbano, 2023



Fonte: elaboração própria a partir de dados do IBGE (2017)

Ao realizar o cruzamento dos dados de tipologia e porte populacional, é possível observar, conforme o Quadro 1, que 96% dos municípios até 5 mil habitantes são classificados como rurais, 86% dos municípios de 5 a 10 mil habitantes são classificados como rurais e 49% dos municípios de 10 a 20 mil habitantes são classificados como rurais. Para os demais portes populacionais, somente 6% municípios de 20 a 50 mil habitantes foram classificados como rurais e os demais portes foram organizados entre intermediários e urbanos (IBGE, 2017b; IBGE, 2024c).

Quadro 1 - Municípios do Rio Grande do Sul por tipologia e porte populacional

Tipologia/ Porte populacional	Rural Remoto	Rural Adjacente	Intermediário Remoto	Intermediário Adjacente	Urbano	Total Geral	% de municípios classificados como rural
até 5 mil habitantes	2	227	0	1	7	237	96,62%
de 5 a 10 mil habitantes	0	84	1	2	11	98	85,71%
de 10 a 20 mil habitantes	0	27	0	11	17	55	49,09%
de 20 a 50 mil habitantes	0	4	0	12	48	64	6,25%
de 50 a 100 mil habitantes	0	0	0	0	24	24	0,00%
acima de 100 mil habitantes	0	0	0	0	19	19	0,00%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados de IBGE, 2017b; IBGE, 2024c

O uso da tipologia rural-urbano se trata de uma metodologia mais complexa e que envolve uma abordagem multidimensional, considerando a densidade populacional e a localização em relação aos centros urbanos, enquanto a lógica de porte populacional considera apenas o aglomerado de pessoas que residem em determinado território (IBGE, 2017b; IBGE, 2023).

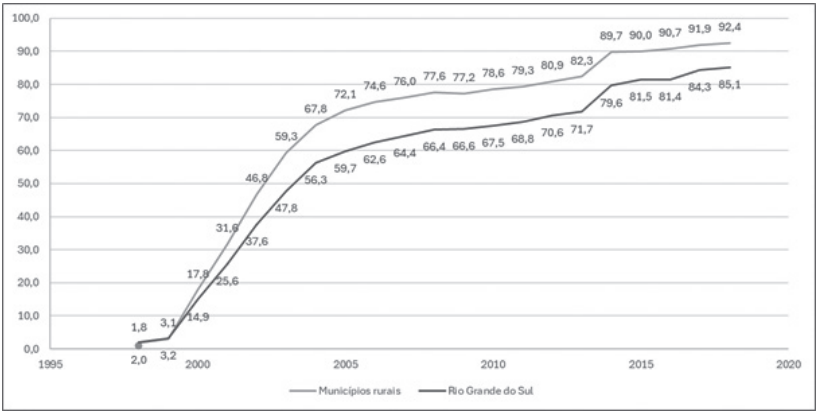
OS MUNICÍPIOS E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

No final da década de 1990 e início dos anos 2000, o Ministério da Saúde lançou uma série de estratégias normativas e operacionais que objetivaram a consolidação da descentralização por meio da reorganização de recursos financeiros e dos serviços de saúde. Como apontam Roese, Gerhardt e Miranda (2015), esse processo foi marcado por medidas de racionalização econômica e ampliação da atividade gerencial por parte dos municípios, sem necessariamente ocasionar mais poder de decisão às gestões municipais e munícipes e, portanto, delegando a estes gestores a função de executores de políticas públicas. Ainda segundo os autores, mesmo após duas décadas de expansão da autonomia das gestões municipais em relação ao SUS, ainda é possível observar desafios em sua consolidação no âmbito de gestão e na participação e Controle Social. Em municípios de menor porte, se agrava a complexidade no processo de implementação e consolidação de políticas públicas do SUS, que é atravessada por diversos fatores, entre eles a baixa capacidade de oferta de serviços de saúde e capacidade de gestão (Pinafo, 2020).

A NOB 96 foi responsável pela criação de recursos variáveis de acordo com a adesão e manutenção de programas, como o Programa de Saúde da Família (PSF) e o PACS, que foram acrescidos ao Piso de Atenção Básica. Sua implementação resultou na expansão ampla e

acelerada da APS nos municípios brasileiros, com crescimento exponencial de eSF um percentual de 98,98% dos municípios aderidos a alguma forma de gestão nos quatro anos seguintes ao seu lançamento (Feliciello, 2024). No Rio Grande do Sul, essa expansão se deu de forma ainda mais acentuada em municípios rurais, que tiveram sua cobertura de Atenção Primária aumentada de 1,8% em 1998 para 92,4% em 2018, superior à média do estado que era de 85,1% no mesmo ano (Gráfico 1) (Brasil, 2025).

Gráfico 1 - Evolução da Cobertura de Atenção Primária no Rio Grande do Sul, de 1998 a 2018.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados de Brasil, 2025

Ao analisarmos a média de cobertura de Atenção Primária à Saúde (Quadro 2) nos 338 municípios rurais do Rio Grande do Sul[3], de acordo com as categorias do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e porte populacional, é possível perceber que estes apresentam uma crescente ampliação da cobertura de APS, em especial no período de 2019 a 2024, com ampliação 6,53 em relação ao período

anterior. Os municípios rurais apresentaram ainda uma cobertura superior à média estadual em todo o período analisado, chegando a 98,91% no ano de 2024, o que pode indicar uma priorização desta política pública por parte dos gestores municipais considerando as especificidades das áreas rurais.

Para além da tipologia ou porte populacional, é importante analisar a cobertura considerando o IDHM, porque este interfere na capacidade de implantação e manutenção da APS pelos municípios. O IDHM mede o desenvolvimento humano em municípios brasileiros considerando as dimensões de longevidade, educação e renda. No RS, 62,9% dos municípios se encontram na categoria "alto desenvolvimento" e 36,69% na categoria "médio desenvolvimento", os dois municípios restantes se encontravam nas categorias "muito alto desenvolvimento" e "baixo desenvolvimento", não tendo o estado nenhum município classificado como "muito baixo desenvolvimento". O quadro 2 mostra que os municípios classificados como alto ou muito alto desenvolvimento apresentaram cobertura superior no ano de 2014 (2,56%) aos municípios de médio desenvolvimento, relação que se inverteu em 2019 a partir do incremento de 5,29% de cobertura nos municípios de médio desenvolvimento. Em 2024 ambas as categorias apresentavam coberturas similares (99%). A categoria de baixo ou muito baixo desenvolvimento não se mostrou relevante, mas é importante ressaltar que apenas 1 município está nesta classificação.

No que tange ao porte populacional, a categoria de municípios com até 5 mil habitantes apresentou a maior cobertura em toda a série histórica, apresentando um maior incremento de equipes no período de 2019 a 2024. Os municípios de 5.000 até 10.000 habitantes apresentaram o maior crescimento no período, passando de 87,13% de cobertura em 2014 para 99,50% em 2024, correspondente a uma variação de 12,37%.

Quadro 2 - Cobertura de Atenção Primária à Saúde nos municípios rurais do Rio Grande do Sul de acordo com o porte populacional e o IDHM, 2014, 2019 e 2024

		2014	2019		2024	
	nº de municípios	**média**	**média**	variação no período	média	variação no período
	N	%	%	%	%	%
						variação no período %
Média estadual						
Rio Grande do Sul	497	83,98	89,64	5,66	96,17	12,19
IDHM						
Alto ou muito alto	189	92,31	93,22	0,92	98,88	6,57
Médio	148	89,75	95,04	5,29	98,93	9,18
Baixo ou muito baixo	1	61,56	63,73	2,17	100,00	38,44
Total	338	91,09	93,93	2,84	98,91	7,82
Porte populacional						
Até 5.000 hab	225	93,18	94,94	1,76	99,12	5,94
De 5.001 a 10.000 hab	83	87,13	93,17	6,03	99,50	12,37
De 10.001 a 20.000 hab	26	88,20	90,84	2,64	96,44	8,24
De 20.001 a 50.000 hab	4	74,82	73,02	-1,80	90,37	15,55
Total	338	91,09	93,93	2,84	98,91	7,82

Fonte: elaborada pelas autoras a partir dos dados do Ministério da Saúde, 2025.

O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CUIDADO ÀS POPULAÇÕES RURAIS

O Agente Comunitário de Saúde constitui-se como um profissional essencial para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família nos territórios, pois é ele quem está inserido no cotidiano dos usuários, sendo um dos maiores responsáveis pela articulação entre a população e a equipe de saúde. Em municípios rurais, onde as grandes distâncias geográficas potencializam as barreiras de acesso aos serviços de saúde, esse profissional se torna ainda mais elementar na garantia de acesso à saúde e fortalecimento de vínculos. Lima *et al.* (2021), em pesquisa realizada com municípios rurais remotos da Amazônia, demonstram que o escopo de práticas deste profissional é mais abrangente quando comparado aos profissionais que atuam nas sedes dos municípios.

De acordo com Soares *et al.* (2020, p. 2), o ACS é o trabalhador que aproxima a população dos serviços de saúde, além de identificar as necessidades da comunidade e ampliar o entendimento da comunidade sobre as formas de cuidado e os caminhos para acessar o sistema de saúde. Entre as funções deste profissional está a responsabilidade de agir como articulador da rede, informando os usuários sobre consultas e exames e promovendo a continuidade do cuidado. Além disso, ao vivenciar as dificuldades logísticas enfrentadas pelos usuários para a efetivação do cuidado, os ACS atuam junto aos serviços de saúde na adaptação da organização e fluxos de acesso aos serviços, sensibilizando profissionais e gestores sobre as necessidades específicas destas populações e contribuindo para a democratização do acesso à saúde (Lima *et al.*, 2021; Soares *et al.*, 2020).

O quadro 3 apresenta média de cobertura de Agentes Comunitários de Saúde nos 340 municípios rurais do Rio Grande do Sul categorizados por faixa do IDHM e porte populacional[3]. A cobertura de ACS em municípios rurais se manteve acima da média estadual em todo o período analisado, apesar de ter apresentado uma variação ligeiramente inferior na ampliação de cobertura ao longo dos anos (5,06%). No que se refere ao IDHM, os municípios com médio desenvolvimento obtiveram a maior variação no período, com uma ampliação de 6,79% de cobertura. No ano de 2024 ambos os grupos apresentaram resultados similares, com 93% de cobertura.

Nas categorias de porte populacional, os municípios de até 5 mil habitantes apresentaram a maior cobertura em todo o período analisado, com uma cobertura 10,8% maior que a média estadual em 2024. O maior incremento de cobertura no período esteve localizado no grupo de municípios com população de 5.000 até 10.000 habitantes, resultando num incremento de 10,10% e cobertura similar aos municípios de até 5 mil habitantes. O grupo de municípios com população de 10.000 até 20.000 habitantes apresentou a menor variação no período de 2019 a 2024 com um acréscimo de apenas 0,59%.

Quadro 3 - Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde nos municípios rurais do Rio Grande do Sul, 2014, 2019 e 2024

		2014	2019		2024	
	nº de municípios	média	média	variação no período	média	variação no período
	n	%	%	%	%	%
Média estadual						
Rio Grande do Sul	497	78,54	81,86	3,32	84,54	6,00
IDHM						
Alto ou muito alto	190	90,17	91,82	1,65	93,88	3,71
Médio	149	86,62	89,93	3,32	93,40	6,79
Baixo ou muito baixo	1	92,84	95,81	2,96	96,93	4,09
Total	340	88,62	91,01	2,39	93,68	5,06
Porte populacional						
Até 5.000 hab	226	91,86	93,30	1,43	95,34	3,47
De 5.001 a 10.000 hab	84	84,63	89,57	4,95	94,73	10,10
De 10.001 a 20.000 hab	26	77,79	81,06	3,27	81,65	3,85
De 20.001 a 50.000 hab	4	59,61	56,32	-3,29	56,29	-3,32
Total	340	88,62	91,01	2,39	93,68	5,06

Fonte: elaborada pelas autoras a partir dos dados do Ministério da Saúde, 2025.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A emancipação municipal e a descentralização subsequente a ela podem trazer importantes benefícios para a população local como uma maior aproximação com o governo, ampliando a participação social e contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas mais atentas às especificidades de cada região. Estudos demonstram que a descentralização, além de tornar o processo decisório mais inclusivo, gera maior eficácia e eficiência na implementação de políticas públicas (Klering; Kruel; Stranz, 2012). Todavia, ainda que os municípios possuam as mesmas garantias de autonomia política, administrativa e financeira pela Constituição Federal, e que cada governo municipal possua o direito de executar as políticas públicas de acordo com suas próprias diretrizes, a governabilidade de cada município irá depender de uma série de fatores como a capacidade de arrecadação de tributos, densidade populacional, localização geográfica, entre outros (Tomio, 2005).

Os municípios rurais enfrentam desafios próprios às suas características, além de especificidades entre si como o atendimento às comunidades ribeirinhas ou em demais áreas de difícil acesso, além da maior dificuldade de provimento e fixação de profissionais e condições de vulnerabilidade socioeconômica de sua população. Ao classificar os municípios com uma metodologia mais complexa dentro do espectro do rural e urbano, o IBGE oportuniza novas e importantes discussões que considerem as diferentes realidades em todo o território brasileiro e ampliar o olhar para municípios que mesmo dentro de uma categoria de porte populacional possuem limitações relacionadas à densidade populacional e a distância em relação a centros urbanos. Se tratando de APS, que tem entre seus atributos a orientação familiar e comunitária e a competência cultural, se faz necessário um aprofundamento no co-

nhecimento sobre a realidade do território para o desenvolvimento de políticas públicas que contemplem suas necessidades de assistência à saúde e de gestão pública.

Em abril de 2024 foi publicada a Portaria GM/MS nº3.493/24, que institui nova metodologia de cofinanciamento federal da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, com o objetivo de fortalecer e valorizar a estratégia de saúde da família. O novo cofinanciamento federal conta com um componente fixo, um componente de vínculo e acompanhamento territorial e um componente de qualidade para o desenvolvimento de ações no âmbito da APS. Para a categorização dos municípios o novo financiamento criou um Índice de Equidade de Dimensionamento que considera o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) do município e categoria populacional, sendo a menor delas municípios abaixo de 20.000 habitantes. Entretanto, conforme discutido neste trabalho, a categorização de municípios a partir da tipologia rural-urbana permite uma aproximação com as singularidades de cada municípios e considera-se, portanto, que a utilização desta categoria poderia ser benéfica para a criação de políticas públicas, incluídas as de financiamento da APS, que direcionassem recursos para municípios com necessidades características de localidades rurais (Brasil, 2024).

Este trabalho demonstrou que municípios rurais possuem maior cobertura de Atenção Primária e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em relação à média do estado e que vem progressivamente priorizando e investindo nesta política pública. A APS é reconhecida como a principal porta de entrada do sistema de saúde e com um papel estratégico na promoção da equidade, prevenção de doenças e melhoria das condições de vida da população. Assim, é imprescindível que entes governamentais estejam sensibilizados e realizem apoio técnico e financeiro aos gestores municipais e profissionais da APS para qualificar

as ações realizadas nestes municípios, garantindo não somente acesso, mas qualidade no cuidado oferecido às populações rurais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Histórico do quantitativo de equipes e serviços custeados**. *e-Gestor AB*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://relatorioaps.saude.gov.br/. Acesso em: 7 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/96. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 8 out. 2025.

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: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 9 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1, ed. 70, 11 abr. 2024.

FELICIELLO, D. Evolução do financiamento da atenção básica no Brasil. **Caderno de Pesquisa NEPP**, v. 1, n. 96, p. 53, jun. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Classificação e Caracterização dos Espaços Rurais e Urbanos do Brasil: uma primeira aproximação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017a. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/tipologias-do-territorio/15790-classificacao-rural-e-urbana.html?edicao=15954&t=downloads. Acesso em: 14 dez. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação**. [S.l.]: IBGE, 2017b. v. 11.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), **Proposta metodológica para classificação dos espaços do rural, do urbano e da natureza no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2023. (C. de G. IBGE, ed.).

KLERING, L. R.; KRUEL, A. J.; STRANZ, E. Os pequenos municípios do Brasil – uma análise a partir de índices de gestão. **Análise – Revista de Administração da PUCRS**, v. 23, n. 1, p. 98, 2012.

LIMA, J. G. *et al*. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 37, n. 8, p. e00247820, 2021.

PINAFO, E. *et al*. Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1619–1628, maio 2020.

PINAFO, E. *et al*. Gestor do SUS em município de pequeno porte no estado do Paraná: perfil, funções e conhecimento sobre os instrumentos de gestão. **Espaço Para a Saúde – Revista de Saúde Pública do Par**, v. 17, n. 1, p. 130-137, jul. 2016.

ROESE, A.; GERHARDT, T. E.; MIRANDA, A. S. de. Análise estratégica sobre a organização de rede assistencial especializada em região de saúde do Rio Grande do Sul. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 107, p. 935-947, out. 2015.

SOARES, A. N.; SILVA, T. L. E.; FRANCO, A. A. de A. M.; MAIA, T. F. Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva,** [S.l.], v. 30, n. 3, e300332, 2020.

TOMIO, F. R. D. L. A criação de municípios após a Constituição de 1988. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 17, n. 48, fev. 2002.

ORGANIZADORAS E ORGANIZADORES

Jaqueline Miotto Guarnieri: Psicóloga e educadora popular, especialista em Saúde da Família e Comunidade/Atenção Básica (UFFS), e mestre em Saúde Coletiva (UFRGS). E-mail: jaquemguarnieri@gmail.com.

Carolina Araujo Londero: Enfermeira. Licenciada para educação profissional. Mestra em Saúde Coletiva pela UFRGS. Doutoranda em Enfermagem pela UFRGS.

Luciane Maria Pilotto: Professora adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atual coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. Sanitarista (ESP/RS), mestre e doutora em Saúde Bucal Coletiva (UFRGS).

Maria Eduarda Cardoso: Mestranda no Programa de Saúde Coletiva PPGCol/UFRGS. Psicóloga com especialização nível Residência Multiprofissional em Saúde Mental pela Unisinos.

Vitória D'Avila Pedroso: Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). MBA em Gestão em Saúde pela Faculdade Moinhos de Ventos. Especialista em Saúde Coletiva pela UFRGS. Graduada em Saúde Coletiva pela UFRGS.

Alexandre Fávero Bulgarelli: Cirurgião Dentista. Professor Associado da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol) e Professor do Programa de Pós-Graduação em

Odontologia (PPGOdo) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Saúde na Comunidade e Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo/USP.

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES

Adryeli Costa Silva: Acadêmica de Psicologia, Universidade da Amazônia – UNAMA. E-mail: adryelicos.facu@gmail.com

Alcindo Antônio Ferla: Médico, Doutor em Educação. Professor Associado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. E-mail: ferlaalcindo@gmail.com

Alexandre Fávero Bulgarelli: Cirurgião Dentista. Professor Associado da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol) e Professor do Programa de Pós-Graduação em Odontologia (PPGOdo) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Saúde na Comunidade e Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo/USP.

Aline Blaya Martins: Possui graduação em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2000). Especialização em Saúde Coletiva: Atenção Básica pela Escola de Saúde Pública RS (2008). Mestrado e doutorado em Odontologia – Saúde Bucal Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2009/2012). Professora Associada da Universidade Federal do Rio Grande do Sul– UFRGS, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS como professora permanente.

Ana Carolina de Souza Kummer: Programa de Residência multiprofissional em Atenção Básica – Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos).

Anna Cláudia Oliveira Santos: Nutricionista, mestranda em Saúde Coletiva pela UFRGS, com experiência na Atenção Primária à Saúde e

atuação na promoção da saúde da população negra. Desenvolve ações de educação em saúde, cuidado nutricional e planejamento alimentar, com olhar crítico para os determinantes sociais da saúde e o enfrentamento do racismo.

Bianca Niemezewski Silveira: Médica de família e comunidade, mestranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e-mail: biancansilveira@gmail.com

Carolina Araujo Londero: Enfermeira. Licenciada para educação profissional. Mestra em Saúde Coletiva pela UFRGS. Doutoranda em Enfermagem pela UFRGS.

Cristianne Maria Famer Rocha: Doutora em Educação, Professora Associada IV da Escola de Enfermagem e de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Email: cristianne.rocha@ufrgs.br

Fernanda Maiato Chagas: Psicóloga pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), mestranda em Psicologia Social e Institucional (UFRGS), especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e especialista em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva (UFRGS). E-mail: fernandamaiato.ch@gmail.com

Gil Leonhardt Ramos: Psicólogo, mestrando em Saúde Coletiva (UFRGS). Email: leonhardtgil@gmail.com

Grupo de Pesquisa Intervires – PPGPSI/UFRGS: Todas/os autoras/es são vinculadas/os ao PPGPSI/UFRGS. Anna Caroline Solka, annacsolka@gmail.com; Bruna de Almada Ghiorzi, brunaghiorzi.psi@gmail.com; Cristian Da Cruz Chiabotto, cristianchiabotto.cristian@gmail.com; Danielle Celi dos Santos Scholz Pereira, dani77.scholz@

gmail.com; Dário Frederico Pasche, dario.pasche@gmail.com; Fernanda Maiato Chagas, fernandamaiato.ch@gmail.com; Jéssica Carina Sulzbach Rodrigues, jessicarina.psico@gmail.com; Rafael Luís Ferraz dos Reis, rafalureis@gmail.com; Raysha Thereza Nery, neryraysha@gmail.com; Simone Mainieri Paulon, simonepaulon@gmail.com; Vanessa Priscila Acosta da Rosa, rosacosta.psi@gmail.com

Iria Santos Vaz: Psicóloga e mestra em Saúde Coletiva UFRGS. Email: iriasantos57@gmail.com

Jaqueline Miotto Guarnieri: Psicóloga e educadora popular, especialista em Saúde da Família e Comunidade/Atenção Básica (UFFS), e mestre em Saúde Coletiva (UFRGS). E-mail: jaquemguarnieri@gmail.com.

Jeferson Souto Pinheiro: Fisioterapeuta, especialista em Educação para os Direitos Humanos e Mestrando do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva UFRGS. Email: pinheiromed@hotmail.com

Jéssica Teles Schlemmer: Enfermeira Obstetra e Sanitarista. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil. Coordenadora da COMGRAD/Enfermagem. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/PPGCol. E-mail: jeteles.enf@gmail.com

João Vitor Rodrigues Oliveira Soares: Graduando em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.Estagiário no Departamento Estadual de Auditoria do SUS. Email: joaovitorodriguesoliveiras@gmail.com

Josiani Faleiro da Silva: Programa de Residência multiprofissional em Atenção Básica – Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos).

Lara Colles de Oliva Araujo: Farmacêutica, mestranda em Saúde Coletiva (UFRGS). Email: laracolles@gmail.com

Larissa de Lucena Villega: Programa de Residência multiprofissional em Atenção Básica – Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos).

Laura Cecilia López: Antropóloga, professora do PPG de Saúde Coletiva (UFRGS). Email: laura.lopez@ufrgs.br

Laura Tilwitz Silva: Enfermeira. Discente vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: laura.tilwitz@gmail.com

Luciane Maria Pilotto: Professora adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atual coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. Especialização em Saúde Coletiva pela Escola de Saúde Pública – RS. Mestrado e doutorado em Odontologia – Saúde Bucal Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Luiza Lovatto da Silva: Sanitarista pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Assessora no Departamento Estadual de Auditoria do SUS. E-mail: luizalovatto123@gmail.com

Marina Soares Buralde: Sanitarista, especialista em Saúde Coletiva. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Pamela de Freitas Soares: Enfermeira, mestranda em Saúde Coletiva (UFRGS) pameladefreitas6@gmail.com

Tatiane da Rosa Vasconcelos: Psicóloga. Doutoranda em Psicologia, Universidade Federal do Pará – UFPA. E-mail: taty.rvas@gmail.com

Tatiane Maria Silva Ávila: Possui graduação em Odontologia (UFRGS–2008), Especialização em Saúde Pública (UFRGS-2018) e Mestrado em Saúde Coletiva (UFRGS-2023). Servidora pública do município de Porto Alegre.

Thales Avila Pedroso: Fisioterapeuta, mestrando em Saúde Coletiva (UFRGS). Email: thales.pavila@gmail.com

Tiago dos Santos Cézar: Programa de Residência multiprofissional em Atenção Básica – Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos).

Vania Celina Dezoti Micheletti: Coordenadora da Comissão da Residência Multiprofissional em Saúde – Unisinos.

Viviane Fornari Vidal: Cirurgiã-dentista (UFRGS). Mestranda em Odontologia – ênfase em Saúde Coletiva (UFRGS). E-mail: fv.viviane@gmail.com

Vlad Rosa Moraes Menezes: Fisioterapeuta, mestranda em Saúde Coletiva (UFRGS). Email: vlad.fisioterapia.contato@gmail.com

William Pereira Santos: Biólogo. Mestre em Saúde Coletiva e Saúde Pública. Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora – HU-UFJF. E-mail: pereirasantoswilliam85@gmail.com

Zuriyê Machado de Medeiros: Terapeuta Ocupacional, mestrando em Saúde Coletiva (UFRGS). Email: npachecom0@gmail.com

ÍNDICE REMISSIVO

A

acesso à saúde 151, 158, 174, 242, 250
Apoio Institucional 18, 73, 77, 78, 81, 86, 87, 88
Atenção Primária à Saúde 21, 65, 72, 214, 218, 238, 240, 247, 249, 254, 255

C

Controle Social 80, 85, 134, 192, 246
cuidado integral 60, 98, 146, 153, 179, 218, 235

D

desigualdades raciais 26, 40, 86, 174, 176
desigualdades sociais 20, 45, 47, 152, 162, 180, 182, 195, 204
determinantes sociais da saúde 60, 76

E

educação permanente em saúde 80
envelhecimento 13, 19, 20, 65, 132, 144, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 182
envelhecimento ativo 174, 175, 182
equidade 18, 20, 21, 42, 56, 67, 68, 75, 78, 79, 80, 81, 85, 98, 130, 182, 185, 193, 197, 202, 203, 206, 211, 241, 254
equidade racial 18, 68, 78, 81

F

feminismo negro 17, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 35, 48, 49, 99, 106, 120
formação 8, 10, 13, 20, 29, 36, 79, 119, 121, 127, 192, 195, 201, 202, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 214
fortalecimento 27, 36, 65, 66, 67, 73, 77, 78, 80, 85, 87, 143, 156, 165, 185, 187, 188, 189, 192, 195, 196, 197, 201, 202, 210, 237, 250

G

gênero 18, 19, 22, 24, 26, 39, 45, 46, 47, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 62, 75, 84, 98, 99, 102, 104, 108, 118, 119, 120, 126, 135, 136, 137, 138, 139, 142, 143, 152, 154, 159, 162, 163, 174, 179
gestão em saúde 18, 89

I

interseccionalidade 19, 39, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 55, 57, 106, 115, 120, 121, 122, 125, 126, 127, 130, 131, 134, 152, 153

N

necropolítica 40, 98, 134, 174, 177

P

participação social 68, 154, 163, 175, 182, 194, 197, 253
políticas públicas de saúde 182
população idosa 20, 155, 160, 161, 163, 173, 175, 179, 180
população negra 18, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 83, 85, 86, 89, 124, 157, 158

Q

qualidade de vida 20, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 188, 196
qualidade de vida relacionada à saúde bucal 178, 181

R

racismo 22, 23, 24, 25, 26, 27, 34, 36, 37, 38, 40, 41, 45, 47, 48, 52, 55, 59, 60, 62, 63, 65, 68, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 116, 117, 119, 121, 123, 126, 133, 152, 157
racismo institucional 18, 23, 27, 38, 40, 55, 60, 65, 73, 75, 80, 81, 84, 89, 133

S

saúde bucal 20, 173, 175, 178, 179, 180, 181, 182
saúde coletiva 23, 26, 38, 39, 40, 42, 46, 81, 82, 94, 182, 185, 186, 191, 192, 193, 194, 196, 197, 201
Sistema Único de Saúde (SUS) 53, 74, 132, 192, 201, 223, 240, 246

V

violência 13, 18, 23, 26, 27, 29, 39, 49, 50, 52, 55, 63, 76, 77, 81, 96, 107, 131, 133, 134, 137, 140, 151, 158, 164, 165, 174, 177
vulnerabilidade social 189, 254

Não por casualidade, temas como mulheridades, negritudes, gêneros, envelhecimento, interseccionalidades, violência, racismo, segurança alimentar e nutricional, decolonialidades, quilombolas, indígenas, organização do cuidado nos territórios, diálogos interculturais e ancestralidades, entre tantos outros, são postos em diálogo com os direitos das pessoas e coletividades, com uma formação comprometida com a emancipação e a liberdade, e com a intersetorialidade, formando híbridos de teorias e métodos.

Desejamos que esta escrita provoque inquietações e novas perguntas, sendo um convite à reflexão crítica e ao diálogo entre a academia, os serviços, os territórios e os sujeitos. Mais do que oferecer respostas prontas, a obra aposta na construção coletiva de práticas e pesquisas comprometidas com a justiça social, a equidade e o reconhecimento de saberes plurais, contribuindo para uma saúde coletiva antirracista, interseccional e decolonial, enraizada nas complexidades do contexto brasileiro.

Prof. Alcindo Antônio Ferla

UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Tirant lo Blanch

ISBN: 978-65832-8851-6