



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Michelle Adrienne Costa de Jesus

**A interseccionalidade na prática das enfermeiras no campo da  
Estratégia da Saúde da Família**

Rio de Janeiro

2023

Michelle Adrienne Costa de Jesus

**A interseccionalidade na prática das enfermeiras no campo da Estratégia da  
Saúde da Família**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Sonia Acioli de Oliveira

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

J58 Jesus, Michelle Adrienne da Costa.  
A interseccionalidade na prática das enfermeiras no campo da  
Estratégia da Saúde da Família / Michelle Adrienne da Costa Jesus.  
– 2023.  
91 f.

Orientadora: Sonia Acioli de Oliveira  
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de  
Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem de Atenção Primária - Teses. 2.  
Interseccionalidade – Teses. 3. Atenção Primária à Saúde. - Teses. I.  
Oliveira, Sonia Acioli de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.  
Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU  
614.253.5

Bibliotecária: Adriana Caamaño CRB7/5235

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial  
desta Dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Michelle Adrienne da Costa de Jesus

**A interseccionalidade na prática das enfermeiras no campo da Estratégia da  
Saúde da Família**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 28 de junho de 2023.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Sonia Acioli de Oliveira (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria da Soledade Simeão dos Santos

Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Roberta Georgia Sousa dos Santos

Faculdade de Enfermagem - UERJ

Rio de Janeiro

2023

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho a minha família, em especial ao meu companheiro Jefferson Nascimento, minha mãe Claudia Adriana, meu irmão Luiz Miguel, minhas avós Clisete e Analice e toda minha ancestralidade que me trouxe até aqui.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos aqueles que contribuíram para o desenvolvimento desse trabalho. Agradeço à minha orientadora Sonia Acioli por ter apostado na temática e me apoiado durante toda construção e processo.

Ao SAPESC e seus integrantes agradeço a afetividade pelos incríveis processos de aprendizado na pesquisa.

Agradeço a minha mãe por apoiar todas as decisões e acolher nos momentos mais decisivos da minha vida. Ao meu irmão Luiz Miguel por toda amorosidade. Ao Luiz agradeço por todo apoio e incentivo neste processo.

Ao meu companheiro Jefferson agradeço o cuidado, o carinho e toda atenção durante todo este processo.

Agradeço a todos os meus amigos. Especialmente minhas colegas de turma Helaine e Maria por cada atividade e principalmente os aprendizados compartilhados. Stephanie e Guilherme por cuidar da minha saúde emocional durante todo processo. Adriana Gil agradeço por apoiar este projeto desde que ele ainda era embrionário, cada palavra sua, foi decisiva para este trabalho.

Ao meu amigo Pedro Vidal pela apresentação à temática e por sempre estimular a presença da arte.

Agradeço às minhas colegas de trabalho Jacqueline, Edineia, Leticia, Mariane, Thayanara Priscila, Karine e Tatiane por cada leitura, direcionamento e acolhimento das angústias.

Ao Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade pelo aprimoramento da minha trajetória estudantil, profissional e pedagógica ao longo da minha carreira.

Quando a mulher negra se movimenta, toda a estrutura da sociedade se movimenta com ela.

*Angela Davis*

## RESUMO

JESUS, Michelle Adrienne da Costa. **A interseccionalidade na prática das enfermeiras no campo da Estratégia da Saúde da Família.** 2023. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Elaborado por uma mulher, preta e enfermeira de família e comunidade, este estudo tem como análise, o cuidado de enfermeiras na Atenção Primária em Saúde (APS) a partir da interseccionalidade. A motivação surge do conceito de interseccionalidade e a sua discussão teórica na saúde, na busca em compreender os tipos de opressões e desigualdades que as enfermeiras na Atenção Primária em Saúde reconhecem como marcadores de saúde. A relevância deste estudo está em promover a investigação de tais problemas, potencializar o reconhecimento de preconceitos e entraves que o sujeito enfrenta no acesso à atenção primária. Portanto, se existem entraves na principal porta de entrada do SUS, quais serão as garantias do usuário sobre a duração do processo de cuidado em saúde? A enfermagem durante a consulta tem grande responsabilidade na prática e pode ser considerada um forte atuante na humanização do sujeito no SUS. A presente dissertação tem por objetivo: analisar as expressões da interseccionalidade nas consultas de enfermagem na estratégia de saúde da família, no município do Rio de Janeiro. Por objetivos específicos, caracterizar os aspectos interseccionais presentes e ausentes na consulta de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família e discutir a presença ou ausência desses aspectos interseccionais. Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, que ocorre na área programática 2.1 do município do Rio de Janeiro, área que circunda o maior e menor IDH do município, Leblon e Rocinha. Além disso, o estudo respeita os aspectos éticos autorizados pelo CEP da universidade e do município, respectivamente CAAE: 61183822.8.0000.5282, CAAE: 61183822.8.3001.5279. Para a pesquisa foram realizadas dezoito entrevistas, sendo quinze destas com mulheres cis, das quais nove das entrevistadas se autodeclararam como brancas e nove autodeclararam como pardas. As entrevistadas, em sua maioria, pertenciam à classe social C. Os relatos foram divididos em três categorias que contêm 312 unidades de registro. Para as entrevistadas o acesso, às condições de vida e a vulnerabilidade social, são os aspectos mais citados como mais relevantes para a elaboração de um plano de cuidado de enfermagem, na estratégia de saúde da família. A cor da pele, gênero e a sexualidade são considerados marcadores imprescindíveis para o reconhecimento das iniquidades sociais e são aspectos investigados em consulta de enfermagem na APS, a partir de um diálogo livre de preconceitos, tornando-se imprescindível e relevante para a investigação das condições de saúde pública. O debate diante da temática é importante para as enfermeiras de família e comunidade, seja nos espaços de educação permanente ou nas aulas da residência, sobretudo são potentes na construção de opiniões e mudanças de paradigmas. Conclui-se que a interseccionalidade tem um grande potencial de avançar sobre os diversos campos de estudos. É necessário pensar em uma prática de cuidado que rompa com o silenciamento e a destruição histórica e intencional, a partir de uma perspectiva reflexiva que gere uma superação destas atitudes e possibilitem alinhamento em busca do cuidado antirracista, anti machista e anti LGBTfobia.

Palavras-chave: Enfermagem. Interseccionalidade. Atenção Primária em Saúde.

## ABSTRACT

JESUS, Michelle Adrienne da Costa de. **Intersectionality in the practice of nurses in the field of the Family Health Strategy**. 2023. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Made by a black woman and a family and community nurse, this study analyzes the care of nurses in Primary Health Care (PHC) based on intersectionality. The motivation arises from the concept of intersectionality and its theoretical discussion in health, in the quest to understand the types of oppression and inequalities that nurses in Primary Health Care recognize as health markers. The relevance of this study lies in promoting the investigation of these problems, enhancing the recognition of prejudices and barriers that the patient faces in accessing primary care. Therefore, if there are obstacles at the main gateway to the SUS, what are the user's guarantees about the duration of the health care process? During the consultation, nurses have a great responsibility in practice and can be considered a strong player in the humanization of the patient in the SUS. This dissertation aims to: analyze the expressions of intersectionality in nursing consultations in the family health strategy, in the city of Rio de Janeiro. For specific purposes, to characterize the present and absent intersectional aspects in the nursing consultation in the Family Health Strategy and discuss the presence or absence of these intersectional aspects. This is a descriptive, qualitative study that takes place in the programmatic area 2.1 of the city of Rio de Janeiro, an area that surrounds the highest and lowest HDI in the city, Leblon and Rocinha. In addition, the study respects the ethical aspects authorized by the CEP of the university and the municipality, respectively CAAE: 61183822.8.0000.5282, CAAE: 61183822.8.3001.5279. For the research, eighteen interviews were carried out, fifteen of which were with cis women, of which nine of the interviewees declared themselves as white and nine declared themselves as light skin. Most of the interviewees belonged to social class C. The reports were divided into three categories containing 312 record units. For the interviewees, access, living conditions and social vulnerability are the aspects most cited as the most relevant for the elaboration of a nursing care plan, in the family health strategy. Skin color, gender and sexuality are considered essential markers for the recognition of social inequalities and are aspects investigated in nursing consultations in PHC, based on a dialogue free of prejudice, making this essential and relevant for the investigation of conditions of public health. The debate on the theme is important for family and community nurses, whether in permanent education spaces or in residency classes, above all, they are powerful in building opinions and changing paradigms. In conclusion, intersectionality has great potential to advance in the various fields of study. It is necessary to think about a care practice that breaks with silencing and historical and intentional destruction, from a reflective perspective that generates an overcoming of these attitudes and allows alignment in search of anti racist, anti sexist and anti LGBTphobia care.

Keywords: Nursing. Intersectional Framework. Primary Health Care.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Área Programática
APs	Áreas Programáticas
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CF	Clínica da Família
CMS	Centro Municipal de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GT	Grupo de Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LGBTQIA P+	Lésbicas, Gays, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexual, Pansexual
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PREFC	Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade
SUS	Sistema Único de Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
RA	Revisão Administrativa
R1	Residente 1º ano
R2	Residente 2º ano

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
1	<b>REFERENCIAL TEMÁTICO</b> .....	18
1.1.	<b>Atenção Primária à Saúde Brasileira e a Estratégia de Saúde da Família</b> .....	18
1.1.1	<u>A prática das enfermeiras no campo da Atenção Primária em Saúde</u> .....	21
1.2	<b>A interseccionalidade como base de análise no campo da saúde</b> .....	23
1.2.1	<u>Os eixos analíticos e as intersecções entre gênero, raça e classe</u> .....	26
1.2.1.1	Aproximações ao conceito de gênero.....	26
1.2.1.2	Aproximações ao conceito de raça e racismo.....	28
1.2.1.3	Concepções que definem o racismo.....	30
1.2.1.4	Aproximações sobre o conceito de classe na perspectiva marxista e feminista.....	31
2	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	34
2.1	<b>Tipo de estudo</b> .....	34
2.2	<b>Caracterização da área de estudo</b> .....	34
2.3	<b>População</b> .....	35
2.4	<b>Critérios de inclusão</b> .....	36
2.5	<b>Critérios de exclusão</b> .....	36
2.6	<b>Coleta de dados</b> .....	36
2.7	<b>Análise dos dados</b> .....	37
2.8	<b>Riscos e benefícios da pesquisa</b> .....	38
2.9	<b>Aspectos éticos</b> .....	38
3	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	39
3.1	<b>Categoria 1: Aspectos relevantes do contexto de vida do usuário para o cuidado de enfermagem</b> .....	41
3.1.1	<u>Acesso, condições de vida e vulnerabilidade social</u> .....	41
3.1.2	<u>Território, rede de apoio e família</u> .....	42
3.1.3	<u>Escolaridade como base na compreensão das orientações da consulta</u> .....	44
3.1.4	<u>Gênero e sexualidade/Raça e cor</u> .....	45
3.2	<b>Categoria 2: A compreensão da interseccionalidade e seus marcadores sociais para a saúde</b> .....	47
3.3	<b>Categoria 3: Interseccionalidade nas políticas públicas, nos protocolos de cuidado</b>	

	<b>e na formação de enfermagem.....</b>	<b>50</b>
3.3.1	<u>Subcategoria: A sinergia das políticas públicas em saúde com a interseccionalidade.....</u>	<b>51</b>
3.3.2	<u>Subcategoria: Os desafios do cuidado interseccional e as necessidades de ampliação da discussão nos protocolos de saúde.....</u>	<b>53</b>
3.3.3	<u>Subcategoria: Os espaços que promovem o aprendizado sobre a interseccionalidade na sociedade e na saúde.....</u>	<b>55</b>
3.4	<b>A história que a história não conta: refletindo sobre o não dito.....</b>	<b>56</b>
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>60</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>62</b>
	<b>APÊNDICE A – Estado da arte, 2022.....</b>	<b>74</b>
	<b>APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados: Roteiro de Entrevista semiestruturada.....</b>	<b>80</b>
	<b>APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE.....</b>	<b>82</b>
	<b>APÊNDICE D – Modelo das Cartas de Anuência.....</b>	<b>84</b>
	<b>APÊNDICE E – Orçamento.....</b>	<b>85</b>
	<b>APÊNDICE F – Pseudônimos e suas denominações.....</b>	<b>86</b>
	<b>APÊNDICE G – Demonstrativo da construção de categorias na análise de conteúdo.....</b>	<b>87</b>
	<b>APÊNDICE H – Síntese das unidades de registro e temas na análise de conteúdo.....</b>	<b>89</b>
	<b>APÊNDICE I – Cronograma.....</b>	<b>91</b>

## INTRODUÇÃO

Este estudo tem como área de interesse, o cuidado de enfermeiras na Atenção Primária em Saúde (APS) a partir da interseccionalidade.

Mulher, preta, casada, filha de uma mulher parda e merendeira de escola pública e homem preto retinto militar da Marinha do Brasil. Pelo regime de cotas raciais a autora ingressou no ensino universitário na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Pensando na qualificação e aprimoramento profissional, optou pelos moldes de residência para realizar a especialização em enfermagem de saúde da família.

Como enfermeira residente no Programa de Residência em Enfermagem de Saúde da Família desenvolveu sua prática na área da zona sul do Rio de Janeiro. Por se identificar muito com o processo de ensino-aprendizagem, após a formação da especialidade em Saúde da Família, teve a oportunidade de compartilhar seu conhecimento na prática em enfermagem, apostando no ensino em serviço, na função de preceptora.

A apropriação e o desempenho durante a prática das atividades de preceptoria, proporcionaram a oportunidade de apoiar a coordenação do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, desenvolveu o papel como tutora do programa no qual passou a realizar orientações de 100 preceptores e 200 residentes, nas 10 áreas programáticas do município do Rio de Janeiro.

A motivação para a realização do presente estudo veio a partir da vivência como preceptora do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade da Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, quando integrava o Grupo de Trabalho (GT), denominado “Equidade no Sistema Único de Saúde (SUS), na favela, na periferia, na diversidade, no gueto”.

Durante o desenvolvimento do módulo teórico prático em uma Unidade de Atenção Primária em Saúde, no Rio de Janeiro, foi percebida a dificuldade das enfermeiras residentes em refletir sobre gênero, classe, raça, etnia e os extremos das idades ou gerações. Este fato vem de encontro a diminuta publicação da Enfermagem na APS frente à interseccionalidade como fator, excludente e/ou de ampliação, do acesso da pessoa ou serviços, identificada a partir da revisão de literatura, realizado e apresentado na justificativa desta pesquisa.

Nas atividades do GT, dentre os temas abordados, um deles foi gênero e sexualidade. E a partir destes, abordou-se o termo interseccionalidade, indicando a importância de análises interseccionais relativas aos marcadores sociais, a fim de compreender a complexidade que

permeia as discriminações dos sujeitos. Assim, os fatores relacionados a identidades e lugares sociais (raça, cor e etnia; classe; religião; orientação sexual; entre outros) são ocupados por determinados grupos que podem ser tomados como categorias analíticas para desvelar e modificar tais experiências opressivas (LIMA *et al.*, 2022).

O conceito de interseccionalidade e a sua discussão teórica na área da saúde, geraram a inquietação, da autora, em compreender os tipos de opressões e/ou desigualdades que as enfermeiras na Atenção Primária em Saúde reconhecem como marcadores de saúde. Também se estes marcadores são capazes de interferir na atenção e no cuidado em saúde.

Neste estudo optou-se pelo uso do termo “enfermeira”, a partir da composição majoritariamente feminina da categoria profissional.

### **Contextualizando o objeto de estudo**

Este estudo tem como objeto as expressões da interseccionalidade na consulta de enfermagem na estratégia da saúde da família.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), os serviços de atenção primária configuram-se como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde no Brasil. Espera-se que este nível de atenção seja resolutivo e acessível às necessidades de saúde e que tenha a capacidade de realizar uma escuta eficiente e qualificada (BRASIL, 2017a).

De modo institucional a primeira referência da Atenção Primária à Saúde (APS) é o Relatório Dawson elaborado em 1920, que teve por objetivo discutir a rede com coordenação entre medicina preventiva e curativa em um território (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Em 1920, DAWSON em seu relatório, propunha a definição de bases territoriais e populações-alvo, ou seja, regiões de saúde. Essas populações seriam atendidas por unidades de diferentes perfis, organizadas de forma hierárquica (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Assim, propôs que a “porta de entrada” no sistema fosse um centro de saúde. Esses centros de saúde, localizados em vilas, estariam ligados a um centro de saúde mais complexo, já então denominado secundário, e os casos que não pudessem ser resolvidos nesse nível seriam referenciados aos hospitais (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

STARFIELD propõe, a identificação de quatro atributos exclusivos/essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência/integralidade e coordenação, que são os de maior especificidade para a avaliação da APS. Estes atributos são distintos conceitualmente,

mas apresentam superposição e complementação na prática das equipes (STARFIELD, 2002).

O atributo, atenção ao primeiro contato, é definido como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, ponto de início da atenção e filtro para acesso aos serviços especializados. Denominado como acessibilidade da unidade, acesso à atenção e uso da unidade como local de primeiro contato (LIMA, 2016).

A consulta de Enfermagem (CE) é uma tecnologia leve/dura que trabalha promovendo a melhora do autocuidado na proporção em que viabiliza ao usuário expandir capacidades próprias para aprimorar a sua qualidade de vida. É uma ferramenta em que o profissional enfermeiro dispõe absoluta autonomia para elaborar metodologias de cuidado integral para a promoção da saúde do usuário, da família ou da população. Constata-se a pluralidade da atuação do enfermeiro nas consultas, sempre confirmando a sua função principal como educador em saúde (ABREU *et al.*, 2017).

Encontra-se durante a consulta de enfermagem um espaço oportuno para o desenvolvimento das ações de cuidado, na qual a enfermeira tem a possibilidade de ouvir as demandas, fazer uma minuciosa avaliação das condições de saúde físicas e psicoemocionais, conhecer mais profundamente o usuário e orientá-los (MARANHA *et al.*, 2017).

Alguns estudos apontam que a restrição do acesso pode ocorrer pela priorização de grupos considerados preferenciais. A burocratização, os horários restritos, a escassez de médicos especialistas, a grande rotatividade nos serviços e o diminuto financiamento federal da APS é um grande problema, pois o SUS não tem recebido suficiente aporte financeiro federal para alcançar a universalidade (TESSER; NORMA; VIDAL, 2018).

Algumas populações possuem seu acesso e seu acolhimento em saúde restrito, sendo o motivo em sua maioria, o preconceito, o que dificulta a promoção da saúde com qualidade integral, universal e equânime para toda população (DEPRET; NETO; ACIOLI; CABRAL; CARACAVACA-MOREA; RAFAEL, 2020).

As barreiras significativas no acesso aos cuidados de saúde, também ocorre devido o estigma e a discriminação acumulados às altas taxas de pobreza e insegurança habitacional criando barreiras que prejudicam a saúde e o bem-estar (ALCANTARA *et al.*, 2022).

Parece-nos que o preconceito se apresenta de diversas maneiras, pela raça/etnia, gênero, geração, classe. A intersecção dessas desigualdades e maneiras de opressão pode ser considerada uma categoria analítica nas investigações em saúde. A interseccionalidade interfere nos corpos dos sujeitos e em suas experiências de vida e com as situações de saúde-

doença. Por isso, entendemos que refletir sobre o paradigma da abordagem interseccional em saúde, promove o senso de equidade e justiça social (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

O termo “interseccionalidade” apareceu pela primeira vez no trabalho da jurista afro-americana Kimberlé Crenshaw. A ideia de interseccionalidade originou-se com a intersecção de raça e gênero. Sojourner Truth alerta para o fato de que as discussões relativas aos direitos das mulheres e as normas de como tratar mulheres não incluíram mulheres negras como mulheres (CRENSHAW, 2015); (SOJOURNER, 2014); (HIRATA, 2014).

As desigualdades étnico-raciais, aliadas com as socioeconômicas, constituem eixos da matriz da desigualdade social na América Latina, que se manifestam nas mais diversas esferas do desenvolvimento social, entre elas a posição socioeconômica, a saúde, a educação e o trabalho (CEPAL, 2016).

A melhor forma do Estado entender e buscar meios para o enfrentamento das desigualdades raciais é através do estudo da população feminina negra, considerando que no Brasil, 51% da população são mulheres e desses, 25% são compostos por mulheres negras (OLIVEIRA, 2018).

É estudado a cor como um fator excludente ao uso do direito à saúde de mulheres e homens negros. Essa discriminação evidencia as maiores taxas de adoecimento e morte por causas evitáveis, mas também à maior carga de doenças e ao menor acesso às ações de promoção, prevenção e recuperação em saúde. Essa situação decorre da interferência que o preconceito causa nos processos de redistribuição de bens sociais, impedindo ou dificultando o acesso tanto a recursos para a vida saudável, quanto às políticas e ações do sistema de saúde para os grupos em situação de inferiorização racial (AMNB, 2012).

A mulher negra vem enfrentando disparidades que a colocam em um patamar de inferioridade tríplice na sociedade brasileira, permeada pelo racismo, a questão de gênero e a classe econômica, sendo esses os principais fatores para a má qualidade de vida e bem-estar global, provocando uma situação precária de saúde (LIMA; VOLPATO, 2014).

As situações citadas acima, tem grande impacto na saúde do indivíduo. É importante enxergar a disparidade e a inequidade social como um problema de saúde pública. À promoção de discussões a respeito da temática, sensibiliza e fomenta debates potentes no sentido de promover mudanças.

No âmbito da APS o debate proposto é extremamente relevante por ser esta a estratégia prioritária para a Atenção Básica, pela qual se faz o acompanhamento em saúde ao longo de toda a vida da população, no qual o serviço se localiza próximo a moradia das

pessoas atendidas, e no qual os profissionais permeiam os territórios e os contextos familiares (MEDEIROS *et al.*, 2019).

A consulta de enfermagem na APS possui capacidade de capilaridade na vida das pessoas, coletivos e territórios e, desta forma, coloca-se como potente no sentido de produzir reflexões e debates que embasam a desconstrução de estruturas opressoras (MEDEIROS *et al.*, 2019).

## **Justificativa**

Buscou-se construir o estado da arte sobre a temática e objeto de estudo, através da realização de uma revisão integrativa. Desse modo, foi utilizada a estratégia PICO, a qual identifica: População, Enfermeiros, Intervenção, Interseccionalidade e Contextualização: Consulta de Enfermagem na Atenção Primária em saúde.

A busca nas bases de dados ocorreu no período de junho a agosto de 2021. Na primeira etapa foi avaliado os possíveis descritores no Descritores em Ciências da Saúde (DECS). Sendo encontrados: saúde, enfermagem, interseccionalidade, enfermeiras de família, estratégia saúde da Família e consulta de enfermagem. No idioma inglês: *Nursing* e *Intersectionality*.

Foram utilizadas as bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Medline, Scielo, Lilacs, PUBmed, CINAHL/EBSCO. Foram utilizados como critérios de inclusão: artigos a partir dos anos 90, considerando que o termo interseccionalidade, foi refletido pela primeira vez, por Kimberlé Crenshaw em 1989. Publicações nos idiomas português, espanhol ou inglês; produção científica disponibilizada na íntegra em bases de dados *online*; e publicações elaboradas por profissionais da área da saúde.

Os critérios de exclusão especificaram: teses, dissertações, monografias e capítulos de livros; artigos que não fossem de domínio público e obras duplamente indexadas nas bases de dados. Sendo assim foram realizadas leitura flutuante dos títulos e resumos em 144 publicações, 21 lidos na íntegra e totalizando 12 publicações no estado da arte (APÊNDICE A, p. 62).

A diminuta publicação acerca da temática corrobora a necessidade de realizar esta investigação, demonstrando a relevância da temática, no estímulo à visibilidade do sujeito, de suas opressões e desigualdades. A interseccionalidade acentua a discussão discriminatória a

partir do “todo”, a fim de compreender as desigualdades sociais e propor ações políticas e combatê-las.

A busca está em compreender as várias dimensões, e experiências do sujeito relacionadas às relações de poder que estabelece a posição social do sujeito na sociedade. A abordagem interseccional na saúde congrega a perspectiva da equidade e justiça social, buscando ir além do reconhecimento da natureza multidimensional dos marcadores sociais e suas iniquidades em saúde (BAUER, 2014).

A relevância deste estudo está em promover a investigação sobre as opressões, potencializar o reconhecimento dos preconceitos e nos possíveis entraves que o sujeito enfrenta para o acesso na atenção primária. Logo, se existem entraves na principal porta de entrada no SUS, quais serão as garantias do usuário acerca da longitudinalidade no processo do cuidado em saúde.

A enfermagem tem grande responsabilidade, e pode ser considerada um forte atuante no que tange à humanização do sujeito no SUS. Ser sensibilizado quanto a importância de considerar gênero, raça e classe, possibilitará um cuidado mais igualitário, que possibilitará um olhar equânime e integral.

As opressões e seus preconceitos expõem os sujeitos a situações mais vulneráveis de adoecimento e de morte, assim como condições de vidas mais precárias, sendo necessário a amplitude de políticas públicas que reforcem a saúde como um direito de todos (GOES, 2020).

### **Questões Norteadoras**

A partir da delimitação e da apropriação da temática debatida anteriormente foram delimitadas as questões norteadoras: 1) Quais as expressões da interseccionalidade na prática das enfermeiras durante a consulta de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família? 2) Quais são os aspectos interseccionais presentes na atenção e no cuidado em saúde durante a consulta de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família?

### **Objetivo**

Analisar as expressões da interseccionalidade nas consultas de enfermagem da estratégia de saúde da família, no município do Rio de Janeiro.

**Objetivos específicos**

Caracterizar os aspectos interseccionais presentes e ausentes na consulta de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família. Discutir a presença ou ausência dos aspectos interseccionais nos protocolos utilizados nas consultas de enfermagem.

## 1 REFERENCIAL TEMÁTICO

### 1.1 Atenção Primária à Saúde Brasileira e a Estratégia de Saúde da Família

Em 1978, após a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, com a célebre Declaração de Alma-Ata, desenvolveu-se o movimento da atenção primária à saúde, enfatizando tecnologias simplificadas e de baixo custo (MATTA; MOROSINI, 2021).

Durante toda trajetória histórica da atenção à saúde, existem combinações tecnológicas que têm por finalidade: resolver os problemas, atender necessidades de saúde, sobre a realidade dos indivíduos, dos grupos e da comunidade. Para organizar os serviços de saúde ou intervir em situações do perfil epidemiológico e da investigação dos danos e riscos à saúde, utiliza-se as tecnologias denominadas de modelos assistenciais (PAIM, 2008).

Dentre os modelos assistenciais, estão o modelo biomédico, preventivo- sanitário, e campanhista, previdenciário privatista, alternativo, humanístico, tecnocrático, humanístico e holístico (MENDONÇA, 2015).

Modelo assistencial ou modelo de atenção é o modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais e é a forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade (PAIM, 1993).

Diante dessas reflexões e das bases de criação do SUS, aos poucos o termo modelo assistencial vem sendo substituído por modelo de atenção à saúde por se entender que a denominação “assistencial” traz, em seu bojo, a representação de cidadania considerada como dádiva, como benevolência ou favor e não como direito de cidadania e responsabilidade do Estado em garantir o acesso aos serviços públicos por meio de políticas sociais consistentes, duradouras e de boa qualidade (GIL; MAEDA, 2021).

Da mesma forma, considerando as diferentes realidades regionais brasileiras o termo modelo ganhou pluralidade e cada vez é mais comum falar-se em modelos de atenção na perspectiva de que o SUS, por meio de seus princípios e diretrizes constitui-se em um referencial ideológico norteador da organização dos serviços de saúde (GIL; MAEDA, 2021).

Ao final da década de 1970, os usuários e profissionais de saúde pública que estavam insatisfeitos, pelo grande número de óbitos, principalmente de crianças, ocasionado por doenças evitáveis, associadas à desnutrição e à falta de saneamento, como difteria, coqueluche, sarampo, tétano, poliomielite e doenças diarreicas (VICENTE, 2019).

Foi nessa época que o Brasil protagonizou um dos maiores movimentos populacionais da história moderna. Iniciaram um movimento que lutou pela atenção à saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Este movimento ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira e culminou na instituição do SUS por meio da Constituição de 1988 e posteriormente regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, chamadas Leis Orgânicas da Saúde (MATTA; MOROSINI, 2021).

Entre as décadas de 1960 e 80, muitas pessoas que viviam na zona rural foram para as cidades. E se alojaram nas periferias e favelas, locais sem saneamento, sem água encanada, muitas vezes sem luz, que ofereciam condições perfeitas para a proliferação de doenças. Em 1991 a fim de estender a cobertura de ações a populações rurais e de periferias urbanas, voltado especialmente ao público materno infantil, foi iniciado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Ao ser percebida a necessidade de ampliação das intervenções foi estruturado o Programa de Saúde da Família- PSF (FIOCRUZ 2018; PAIM, 2002).

Neste cenário, a partir de 1994, surge a formulação do Programa Saúde da Família (PSF). Em 2006, o PSF deixou de ser programa e passou a ser uma estratégia permanente na atenção básica em saúde. Desse modo passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2014).

A ESF é considerada prioritária para a consolidação e a ampliação da cobertura da APS no País, com as equipes de Saúde da Família. Nele se constitui em uma das principais tentativas de superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico e de busca da implementação dos princípios do SUS. A ESF apresenta-se como eixo estruturante do processo de reorganização do sistema de saúde, baseado na APS (BRASIL, 2014; BRASIL 2023).

Na ESF, a atenção estaria centrada na família, percebida a partir do seu ambiente físico e social. Contemplando ações importantes no campo da Vigilância em Saúde e da Promoção da Saúde baseado na territorialização e adscrição à população (PAIM, 2015).

Em 2012, a ESF e o papel da Atenção Básica (AB) na ordenação das redes de atenção são fortalecidos na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). “A nova política articula a

AB com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, com a universalização do Programa Saúde na Escola”. A AB deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Cabe salientar que na PNAB os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” são equivalentes (BRASIL, 2012).

Em setembro de 2017, que estabelece a revisão de diretrizes da PNAB, no âmbito do SUS. A revisão também traz mudanças com relação ao prazo de implantação das equipes, à cobertura do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), ao teto populacional e à incorporação do Registro Eletrônico em Saúde, além da criação do perfil de gerente de Unidade Básica de Saúde (UBS) (BRASIL, 2017a).

A PNAB reafirma que a Saúde da Família é a estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção, sendo responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais o apoio à atenção básica e o estímulo à adoção da ESF como estruturante para a organização dos sistemas municipais de saúde (BRASIL, 2017a).

A equipe de Saúde da Família é composta por um médico generalista ou médico de família, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (PAIM, 2015).

As funções da equipe são distribuídas entre visitas domiciliares, ações programáticas e atendimentos no consultório por médico e enfermeira, sendo normatizadas fortemente pelo Ministério da Saúde. A Unidade de Saúde da Família está inserida na atenção básica, devendo estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias (BRASIL, 2019).

A partir de 1998, com a implantação efetiva da Norma Operacional Básica 01/96 (NOB/96), introduz-se forte elemento de incentivo à propagação do programa através de financiamento específico. A partir disto, percebe-se a rápida expansão do programa, com o Ministério da Saúde estabelecendo metas e vinculações de transferências de recursos financeiros a implantação e expansão do mesmo (PAIM, 2015).

É responsabilidade dos municípios adequação a este formato de prestação de assistência, às características da rede, os recursos humanos existentes, implantando o PSF segundo um modelo predeterminado, considerando-o como estratégia de reorganização da atenção primária no país (GIOVANELLA *et al.*, 2018).

A APS é preconizada como estratégia para a cobertura universal, com os serviços essenciais e abordagem integral dos sistemas públicos universais onde corresponde à base do sistema e deve ordenar a rede assistencial (GIOVANELLA *et al.*, 2018).

### 1.1.1 A prática das enfermeiras no campo da Atenção Primária em Saúde

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) iniciou com o Programa de Saúde da Família (PSF), concebido pelo Ministério da Saúde em 1994. Desde então é definido como estratégia prioritária para a organização e fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) no país. A ESF possibilita uma relação de longa duração, vínculo entre a equipe de saúde e os usuários, independentemente da presença ou ausência de problemas de saúde, e da longitudinalidade (NÚCLEO DE TELESSAÚDE SERGIPE, 2015).

Propõe-se que o foco da atenção seja a pessoa, e não a doença. As ações e serviços de saúde devem ser pautados pelo princípio da humanização. O acolhimento é uma das formas de concretizar esse princípio e se caracteriza como um modo de agir que dá atenção a todos que procuram os serviços, não só ouvindo suas necessidades, mas percebendo aquilo que muitas vezes não é dito (NÚCLEO DE TELESSAÚDE SERGIPE, 2015).

A enfermagem é uma prática profissional socialmente relevante, historicamente determinada e faz parte de um processo coletivo de trabalho com a finalidade de produzir ações de saúde por meio de um saber específico, articulado com os demais membros da equipe no contexto político social do setor saúde (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

A enfermagem dividida em categorias e sua evolução histórica demonstra uma crescente divisão do trabalho – técnica e social. A enfermeira cabe a administração, a supervisão e o controle das atividades assistenciais e administrativas “atividades intelectuais”, enquanto atividades de cuidado direto ao paciente “atividades manuais” são desenvolvidas pelos demais profissionais da enfermagem (DUTRA, 2016).

Tal divisão contribui para a manutenção de relações de dominação/subordinação no contexto da própria profissão e em relação às demais profissões da saúde. Além disso, a divisão (social e técnica) do trabalho em enfermagem reflete as divisões e lutas de classes e tem sido perpetuada de forma a atender interesses de ordem política, social e econômica característicos do modelo capitalista (DUTRA, 2016).

A atuação da enfermeira na APS no Brasil vem se constituindo como um instrumento de mudanças nas práticas de atenção à saúde no SUS, respondendo a proposta do novo modelo assistencial que não está centrado na clínica e na cura, mas sobretudo, na

integralidade do cuidado, na intervenção frente aos fatores de risco, na prevenção de doenças e na promoção da saúde e da qualidade de vida (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

A prática da enfermeira na APS brasileira acontece a partir das necessidades sociais de saúde do indivíduo, sendo que este cuidado constitui e se transforma na dinâmica das relações. O trabalho da enfermeira na APS está pautado em duas dimensões: a) produção do cuidado e gestão do processo terapêutico; b) atividades de gerenciamento do serviço de saúde e da equipe de enfermagem (MATUMOTO, 2019).

Além das atribuições comuns para todos os profissionais da equipe da APS, as atribuições específicas do enfermeiro definidas na Política Nacional Atenção Básica (PNAB) abrangem ações dirigidas aos indivíduos, famílias e comunidades, com a finalidade de garantir a assistência integral na promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, nos diferentes espaços sociais e em todas as fases do ciclo vital (BRASIL, 2009).

Dentre as atividades clínicas diretas são consideradas as atividades de acolhimento, consulta de enfermagem, visita domiciliar/atendimento domiciliar, trabalho em grupo. Como atividades clínicas indiretas: supervisão e orientação aos auxiliares de enfermagem, supervisão e orientação dos ACS, ações de apoio ao atendimento do médico. As práticas dos enfermeiros na APS vêm se desenvolvendo em função das exigências legais do exercício da profissão, especialmente a consulta de enfermagem. (MATUMOTO, 2019).

A consulta de enfermagem se destaca como um espaço oportuno para o desenvolvimento da prática clínica, a consulta de enfermagem, promovendo uma interação mais próxima entre indivíduo e profissional, oportuniza o contato direto com o indivíduo, promove a escuta de suas demandas, sejam elas condições físicas, biopsicossociais, espirituais (ACIOLI, 2014).

A consulta de enfermagem consiste no levantamento do motivo que levou o indivíduo a procurar o centro de saúde, realizando-se a coleta de informações da condição de saúde-doença do indivíduo, seguida do exame físico para avaliação de maior precisão sobre o caso do levantamento dos diagnósticos de enfermagem e, por fim, da elaboração do plano de cuidados apropriado para a situação (KAHL *et al.*, 2018).

Visando a ampliação do acesso e resolutividade das equipes de APS, a enfermeira é convocada a ampliar seu escopo de atuação clínica nos atendimentos aos usuários, em 2012 é publicado o Protocolo de Enfermagem da Atenção Primária do município do Rio de Janeiro (BOHUSCH; ACIOLI, 2019).

Os protocolos de enfermagem são instrumentos de apoio às enfermeiras foram criados a partir das necessidades trazidas pelos enfermeiros da assistência sobre a sua prática clínica, fornecendo subsídios de maneira mais diretiva e prática, respaldando-os legalmente para as condutas e tomadas de decisão conferindo maior autonomia e segurança a enfermeira (KAHL *et al.*, 2018; BOHUSCH; ACIOLI, 2019).

## 1.2. A interseccionalidade como base de análise no campo da saúde

Ganhando cada vez maior espaço nos debates científicos da academia, o termo interseccionalidade, foi refletido pela primeira vez, por Kimberlé Crenshaw em 1989. O mesmo pode ser entendido, como uma ferramenta de análise que consegue dar conta de mais de uma forma de opressão simultânea. E discute o cruzamento e as inter-relações dos processos discriminatórios (KYRILLOS, 2020).

A interseccionalidade visa dar instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado. Através de uma metáfora Kimberlé problematiza a interseccionalidade a partir dos cruzamentos nas avenidas e apresenta as repetidas vezes que as mulheres negras são atingidas pelo cruzamento e sobreposição de gênero, raça e classe, modernos aparatos coloniais (CRENSHAW, 2015).

A interseccionalidade, nos permite enxergar a colisão das estruturas, a interação simultânea das avenidas identitárias, além do fracasso do feminismo em contemplar mulheres negras, já que reproduz o racismo. Igualmente o movimento negro falha pelo caráter machista, oferece ferramentas metodológicas reservada às experiências apenas do homem negro (AKOTIRENE, 2019).

Sojourner Truth, nascida e acorrentada ao escravismo, vendida em leilão aos nove anos de idade, junto ao gado tornou-se pioneira do feminismo negro. Em discurso de improviso, questionando se não seria uma mulher, durante a Convenção das Mulheres em Ohio, ela fez a denúncia sobre nunca ter sido ajudada a subir em uma carruagem, ou pular poças de lamas. E, reforçava que dentre seus 13 filhos, todos teriam sido vendidos e escravizados (SOJOUNER, 2014).

Os feminismos negros, enquanto movimentos sociais, começam por questionar justamente a categoria mulher como uma unicidade. E fazem isso, principalmente, destacando

na categoria raça para demonstrar as diferenças em ser lida como mulher negra em uma sociedade que, para além de ser sexista, é também racista.

Os feminismos negros, portanto, denunciam que assim como, de maneira estrutural, o sexismo posiciona a mulher de forma subordinada na sociedade, o racismo também ocupa esse lugar quando interseccionado com demais marcadores sociais. Esses tensionamentos propostos pelas mulheres negras, a princípio, causaram grande desconforto tanto nos movimentos de mulheres feministas brancas quanto nos movimentos negros e nas instituições mistas as quais essas mulheres integravam; isso porque o atravessamento das categorias gênero e raça colocava essas mulheres em sub-representação nos dois casos (ASSIS, 2019).

Transformar a condição da mulher negra na sociedade a partir desse lugar é um dos princípios básicos dos feminismos negros e os questionamentos propostos por mulheres negras por vezes foram lidos como um enfraquecimento da unidade necessária entre as mulheres. Contudo, diversas teóricas e ativistas demonstraram que esses pontos centrais vistos com diferenças não eram o que causava essa possível desunião; e sim a negação dessa diferença. Dentro da perspectiva das mulheres negras não é possível, portanto, ser feminista sem ser antirracista! (ASSIS, 2019).

Uma das questões mais debatidas pelas mulheres negras e seus feminismos diz respeito a representação social da mulher negra, visando contestar os estereótipos de gênero e raça que giram em torno das mulheres negras; demonstrar imagens positivas em relação a essas mulheres e seus corpos têm sido fundamental na construção dos feminismos negros. É chegada a hora de enegrecer o feminismo e feminilizar a raça (ASSIS, 2019).

São inúmeras as mulheres negras responsáveis por teorizar a crítica das mulheres negras aos feminismos hegemônicos, desde mulheres como Sojourner Truth e Ida B. Wells-Barnett<sup>2</sup> até as autoras hoje internacionalmente conhecidas, como Angela Davis, Patricia Hill Collins, Bell Hooks e Audre Lorde (ASSIS, 2019).

Cada uma das teóricas citadas desenvolveu seu pensamento crítico a partir de diferentes eixos: enquanto Angela Davis trouxe para seu discurso a questão de classe, juntamente com o marcador social de raça como base de seu pensamento, Bell Hooks propôs interessantes discussões sobre a intelectualidade da mulher negra, a transgressão como prática libertadora na educação, o amor nas comunidades negras e algumas discussões sobre estética negra e racismo (ASSIS, 2019).

A interseccionalidade como conceito é uma experiência datada. A autora que cunhou o termo é a intelectual Kimberlé Crenshaw. Porém, as perspectivas de análise que levam em

conta as interações entre um ou mais marcadores sociais já se faziam presentes no pensamento de outras intelectuais negras, no Brasil não foi diferente.

Qualquer que seja a investigação sobre a história das mulheres negras no Brasil não pode desconsiderar o legado da intelectual Lélia Gonzales, destacando-se seu olhar sobre a colonialidade/colonialismo como um marcador social essencial a ser incluído na análise. Para essa constatação, ela cunha o termo amefricanidade para deslocar a atenção para as experiências diversas de homens e mulheres negras e negros em diferentes partes do mundo. (GONZALEZ, 2018; GONZALEZ 2020).

Lelia Gonzales ao trazer a categoria amefricanidade, suscita uma discussão geopolítica em que, entre outras coisas, destaca que, embora as experiências dos negros e negras norte-americanos sejam de fato importantes para se pensar a luta antirracista, as experiências da diáspora devem levar em conta as vivências locais, ou seja, o feminismo negro das mulheres negras brasileiras deve partir daquilo que perpassa o seu dia a dia (GONZALEZ, 2018; GONZALEZ 2020).

Beatriz Nascimento tornou-se estudiosa das temáticas relacionadas ao racismo e aos quilombos, problematizando a correlação entre os marcadores de corporeidade negra e espaço a partir da diáspora dos africanos e descendentes em terras brasileiras, criando categorias como “transmigração” e “transatlanticidade” (NASCIMENTO, 2018).

Para Sueli Carneiro, entender a necessidade de enegrecer o feminismo hegemônico de bases brancas e eurocêntricas torna-se fundamental para a aplicação de políticas que visam atender a mulher negra, capazes de impactar no olhar voltado à moradia, saúde, alimentação e outras dimensões básicas do viver (ASSIS, 2019).

Conceição Evaristo, escritora negra que representa no universo da literatura contemporânea a junção da militância com a qualidade estética necessária para se fazer literatura. A autora questiona a hegemonia do homem branco no mundo literário, e desperta para resistência da escrita negra diante dessa hegemonia, tornando-se uma referência na produção literária. O sistema literário está nas mãos das pessoas brancas. Por isso a importância das editoras que dão espaço para a autoria negra (EVARISTO, 2017).

Conceição Evaristo se transforma num expoente da literatura negra e feminina, abordando nos seus textos temas como discriminação racial e social e discriminação de gênero e de classe. Suas obras protagonizam mulheres negras, cenários de pobreza e exclusão, discriminação, conflitos sociais e violações de direitos humanos (EVARISTO, 2017).

As supressões dentro da interseccionalidade não são exclusivas das mulheres negras. O movimento LGBTQIAP+, mulheres dentro dos movimentos imigrantes, mulheres trans

dentro dos movimentos feministas e pessoas com deficiências a debater o abuso que geralmente vivenciam por parte da polícia.

Todas enfrentam vulnerabilidades que refletem intersecções de racismo, sexismo, opressão de classes. A interseccionalidade deu a vários ativistas uma forma de apropriar as suas próprias circunstâncias e lutar pela sua visibilidade e inclusão (CRENSHAW, 2015).

De forma isolada, o termo, não consegue trazer corpos invisíveis para a vista. Meras palavras não mudam a forma como algumas pessoas agem. No contexto de abordar as disparidades raciais que continuam a infestar a nossa nação, ativistas e grupos de interesse devem aumentar a sensibilização sobre as dimensões interseccionais da injustiça racial (CRENSHAW, 2015).

Dentre os eixos a serem interrelacionados estão, gênero, sexualidade, raça, etnia, classe, geração, nacionalidade entre outras análises (KYRILLOS, 2020). Para este estudo pretende-se debruçar sobre os eixos analíticos: gênero, raça e classe.

### 1.2.1 Os eixos analíticos e as intersecções entre gênero, raça e classe.

A discussão de gênero se reestrutura e parte de uma conjunção que permeia a visão de igualdade política e social que inclui não só o sexo, mas também a raça e classe, dando visibilidade nas relações e complexidades entre sexismo e racismo (SAFFIOTI, 2009).

Nessa direção, um grupo de feministas negras norte-americanas, seguindo a ideia de relações entre gênero e raça, propôs as discussões relativas às discriminações de gênero com as mulheres negras numa perspectiva interseccional. E a consideração da complexidade das vulnerabilidades a que as mulheres estão expostas, pois as desigualdades de gênero, raça e classe se entrecruzam e se potencializam (CRENSHAW, 2002).

#### 1.2.1.1 Aproximações ao conceito de gênero

As sociedades humanas valorizam a diferenciação biológica, atribuindo aos dois sexos (feminino e masculino) funções de corpo social diferentes, que, geralmente, são divididas, separadas e hierarquizadas (MATHIEU, 2009).

O gênero é definido como elemento integrante das relações sociais que se baseiam nas diferenças percebidas entre os sexos. É o primeiro campo no qual o poder se articula. É a maneira como as sociedades lidam com a percepção dos corpos humanos e com as consequências disso (GOMES *et al.*, 2018).

É comum ainda considerar-se o gênero a partir de uma abordagem estática e categórica entre mulher e homem. Nos anos 80, não se falava de gênero, mas sim de mulheres, e sua invisibilização pela sociedade, de sua opressão/exploração pelos homens e das condições de sua libertação. Os debates envolviam o questionamento do que é uma mulher. (MATHIEU, 2009).

A partir dos anos 90 surge nos Estados Unidos um novo desvio do gênero, é então promovido por ativistas e alguns universitários com o nome de movimento e teoria queer. No qual considerava a pessoa como um ser bizarro, ambíguo, insulto usado para designar homossexuais, reivindicado aqui para afirmar e reunir todos os comportamentos diferentes daquele da heterossexualidade normativa. Inspirados por uma forma de pós-modernismo e reprovando os movimentos feministas, lésbicos e gays anteriores por terem centrado o seu foco sobre questões relativas às identidades coletivas constituídas, os queer (MATHIEU, 2009).

Ainda que a Teoria Queer costume ser associada ao estudo do desejo e da sexualidade, mas existem outras articulações e múltiplas diferenças nas práticas sociais. Daí interpretações contemporâneas do queer como uma resposta crítica à globalização e aos modelos norte-americanos de identidade sexual hetero, mas também do feminismo liberal e da cultura gay em outras palavras, como uma teoria que resiste à americanização branca, hetero-gay e colonial do mundo (MISKOLCI, 2009).

Os arranjos de gênero tanto podem ser fontes de prazer, reconhecimento de identidade, como fontes de injustiça e dano. Ao mesmo tempo são criativos e violentos, no qual corpos e culturas estão igualmente constantemente transformados, em algumas vezes até a sua destruição. (CONEL, 2016).

O gênero é um conjunto de atributos impostos e reproduzido pelas práticas mais aceitas e coerentes com determinado sexo. Os indivíduos são designados desde a fecundação, assim tomam aquela identidade constituinte para si. Nesse sentido, o gênero é sempre construído, ainda que não pelo próprio sujeito, sendo assim uma construção performática da cultura da sociedade (BUTLER, 2018).

A discussão de gênero também visibiliza as especificidades de pessoas trans, contraditoriamente, naturaliza o modelo cisgênero e binário dos sexos no sistema de saúde, o

que além de limitar e/ou excluir sujeitos trans, agência a interpretação destas vivências como uma identidade de gênero em si mesma e que, por estarem fora da norma, precisam ser nomeadas (GOMES *et al.*, 2018).

A sexualidade e o poder coexistem, pois o sistema de heterossexualidade compulsória é uma forma de opressão de gênero. Ele restringe a identidade, pois a sexualidade genitalmente organizada subjetiva a mulher, a marcando pela função reprodutiva. A heterossexualização do desejo requer e institui a produção de oposições discriminadas e assimétricas entre “feminino” e “masculino”, macho e fêmea (BUTLER, 2018).

Gênero e sexualidade se constituem como determinantes sociais da saúde, articulando-se a outros determinantes, como questões raciais ou socioeconômicas. Como decorrência disso, é reforçado o pleno reconhecimento e promoção e garantia dos direitos humanos e fundamentais de mulheres e de LGBTI como condição necessária para o alcance de melhores condições de vida e de saúde para essas populações, sobretudo nos contextos políticos nacionais e internacionais nos quais tais direitos estão particularmente afetados (BRASIL, 2013).

#### 1.2.1.2 Aproximações ao conceito de raça e racismo

O conceito de raça veio do italiano *razza*, que por sua vez veio do latim *ratio*, que significa sorte, categoria, espécie. Na história das ciências naturais, o conceito de raça foi primeiramente usado na Zoologia e na Botânica para classificar as espécies animais e vegetais (MUNANGA, 2021).

No latim medieval, o conceito de raça passou a designar a descendência, a linhagem, ou seja, um grupo de pessoas que têm um ancestral comum e que possuem algumas características físicas em comum. Em 1684, a terminologia teve objetivo de classificar a diversidade humana em grupos fisicamente contrastados, denominados raças (MUNANGA, 2021).

Nos séculos XVI e XVII, o conceito de raça passou efetivamente a considerar as relações entre classes sociais da França da época, pois utilizado pela nobreza local que identificava com os Francos, de origem germânica em oposição ao Gauleses, população local identificada com a Plebe. Não apenas os Francos eram considerados como uma raça distinta dos Gauleses, mais do que isso, eles se consideraram dotados de sangue “puro”, insinuando

suas habilidades especiais e aptidões naturais para dirigir, administrar e dominar os Gauleses, que segundo pensavam, podiam até ser escravizados (MUNANGA, 2021).

No Brasil, nos séculos XVIII e XIX não havia dúvidas quanto a hierarquização social que traçava a escala intelectual que hierarquizava os povos em brancos europeus, indígenas e os negros abaixo de todos os outros povos (WESOLOWSKI, 2014).

O homem branco europeu, burguês colonial tornou-se o agente de decisão sobre a vida pública, de sexualidade heterossexual, cristão. Ele era responsável por julgar os povos indígenas e africanos como espécies incontroláveis e não humanas, justificando assim o motivo de serem escravizados (LUGONES, 2014).

A escravidão dos africanos no Brasil se constitui a partir dessa ideologia racista, de superioridade de uma raça sobre as demais, e continua sendo reproduzida nos pós abolição. Com isso, o racismo e as desigualdades raciais no Brasil fazem parte da formação histórica, das dinâmicas da sociedade e de suas estruturas que atuam na produção e manutenção de hierarquias, possibilidades e lugares sociais (GOES, 2020).

O racismo seria teoricamente uma ideologia essencialista que pretende dividir a humanidade em grandes grupos chamados raças contrastadas que têm características físicas hereditárias comuns, sendo estas últimas suportes dos aspectos psicológicos, morais, intelectuais e estéticos. É uma crença na existência das raças naturalmente hierarquizadas pela relação intrínseca entre o físico e o moral, o físico e o intelecto, o físico e o cultural (MUNANGA, 2021).

No sentido sociológico, a raça no imaginário do racista não é exclusivamente um grupo definido pelos traços físicos. É considerada a partir do paradigma do racista, um grupo social com traços culturais, linguísticos, religiosos, naturalmente inferiores aos demais grupos (MUNANGA, 2021).

Considerado uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, o racismo se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios, a depender do grupo racial ao qual pertençam (ALMEIDA, 2018).

### 1.2.1.3 Concepções que definem o racismo

A *individualista*, pela qual o racismo se apresenta como uma deficiência patológica, decorrente de preconceitos (ALMEIDA, 2018).

A *institucional*, pela qual se conferem privilégios e desvantagens a determinados grupos em razão da raça, normalizando estes atos, por meio do poder e da dominação (ALMEIDA, 2018).

A *estrutural* que, diante do modo normal com que o racismo está presente nas relações sociais, políticas, jurídicas e econômicas, faz com que a responsabilização individual e institucional por atos racistas não elimine a reprodução da desigualdade racial (ALMEIDA, 2018).

O racismo *ambiental* é a exposição direcionada a comunidades étnicas e minoritárias, a locais e instalações de resíduos tóxicos e perigosos. É um conjunto de ideias e práticas das sociedades e seus governos, que aceitam a degradação ambiental e humana, com a justificativa da busca do desenvolvimento e com a naturalização implícita da inferioridade de determinados segmentos da população que sofrem os impactos negativos do crescimento econômico e a quem é imputado o sacrifício em prol de um benefício para os demais (SILVA, 2011; RANGEL, 2016; RIBEIRO, 2019).

A negação do racismo e a evolução do conceito de democracia racial foram influenciados com o conceito de meritocracia, segundo o qual os negros que se esforçarem poderão usufruir de direitos iguais aos dos brancos. Tal conceito, na prática, apenas serviu para a manutenção da desigualdade entre brancos e negros (ALMEIDA, 2018).

O racismo e raça são conceitos definidos pelo Estado, de tal forma que este sempre utilizará tais definições para manter a normalização dos crimes por ele praticados. Desse modo, justificam-se as práticas de violência com base no ordenamento jurídico elaborado pelo e para o Estado (MBEMBE, 2014).

A raça é um fator que promove e que justifica imensa desigualdade econômica, por isso toda e qualquer ação de combate ao racismo que não a leve em consideração não será efetiva. No Brasil, a manifestação do racismo possui fundamentos extraeconômicos, de modo que mesmo que o negro ascenda socialmente, ele ainda sofrerá com atos racistas, alterando-se apenas a forma de violência, de estrutural para cultural (BATISTA; MASTRODI, 2018).

O racismo e sexismo colocam as pessoas nos setores menos privilegiados e mais precarizados da economia, sendo causas cumulativas de racismo que cooperam com a

inferiorização dos negros, como o fato de ser pobre, mulher e homossexual, por exemplo. Os debates políticos sobre o combate ao racismo têm evidenciado a volta de opressão e violência por fatores raciais utilizada como forma de opressão social. (BATISTA, 2018). No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) define um sistema de classificação de cores, com cinco categorias: branca, preta, parda, amarela e indígena. A Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017 adota o critério da autodeclaração, ou seja, o(a) próprio(a) usuário(a) define qual é a sua raça/cor (BRASIL, 2017).

A autodeclaração remete à percepção de cada um em relação à sua raça/cor, o que implica considerar não somente seus traços físicos, mas também a origem étnico-racial, aspectos socioculturais e construção subjetiva do sujeito. Declarar a sua raça/cor é importante para a construção de políticas públicas, pois permite que os sistemas de informação do SUS consolidem indicadores que traduzem os efeitos dos fenômenos sociais e das desigualdades sobre os diferentes segmentos populacionais (BRASIL, 2017).

As informações com os dados desagregados por raça/cor são relevantes para atender ao princípio da equidade do SUS, ao reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde das pessoas, oferecendo atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades. Nesse sentido, o princípio da equidade norteia as políticas de saúde, reconhecendo as demandas de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais estão submetidos (BRASIL, 2017).

#### 1.2.1.4 Aproximações sobre o conceito de classe na perspectiva marxista e feminista

A classe, pode ser reconhecida como uma modalidade de agrupamento social, fonte de consciência e conduta, se consolida pela competição dos diversos domínios da vida, visando o controle e a disputa por poder (BOURDIEU, 2007).

Outro teórico importante foi Marx que pretendeu compreender o capitalismo e sua fase de criação e desenvolvimento a partir de estudos da economia, filosofia e sociologia. Teve como base o contexto da era moderna, principalmente a relação de subordinação do ser humano ao trabalho industrial. Marx criou o conceito alienação, que pode ser compreendido como falta de apropriação por parte dos assalariados de sua produção, ou seja, produtos produzidos pelo proletariado ficavam nas mãos dos proprietários das indústrias da classe burguesa (MARX, 2019).

Para Marx, a injustiça social era fruto das relações sociais entre indivíduos, que se caracterizavam principalmente pelas desigualdades sociais provocadas pelas relações de produção que dividiam as sociedades entre proprietários e não proprietários dos meios de produção (MARX, 2019).

As classes sociais são entendidas como um agregado de posições objetivas, como rótulo aplicado às relações desiguais decorrentes da organização social da produção, distribuição, troca e consumo. Sendo um processo de identificação que unificaria situações socioeconômicas relativamente heterogêneas, e que de outra maneira seriam um agregado de indivíduos ocupando posições objetivas similares (SALATA, 2015).

A ideia de articular relações sociais de sexo e de classe foi proposta na França desde o final dos anos de 1970 por KERGOAT, que quis compreender de maneira não mecânica as práticas sociais de homens e mulheres diante da divisão social do trabalho em sua tripla dimensão: de classe, de gênero e de origem (KERGOAT, 2010).

Seguindo a linha de outras feministas ligadas ao marxismo, para denunciar o sexismo nas relações de trabalho e entre os trabalhadores. O movimento feminista reforçava "a classe operária tem dois sexos". Se possui dois sexos, é necessário criar estratégias que alcançasse a todos (HIRATA, 2014).

A relação material de antagonismo entre homens e mulheres se refere ao complexo debate sobre apropriação/exploração do trabalho doméstico feminino pelos homens. Essa discussão envolve uma confusão entre trabalho produtivo, aquele que produz valor e que, portanto, pode ser explorado, e trabalho reprodutivo, o trabalho de alimentar, limpar, vestir, entre outras tarefas realizadas geralmente por mulheres no âmbito doméstico e que garantiam a reprodução da mão de obra operária (ARRUZA, 2010).

Para o feminismo operário, esse trabalho reprodutivo era apropriado pelo capitalismo na medida em que as mulheres não recebiam salário por seu trabalho. Já para o feminismo materialista, o trabalho reprodutivo era explorado pelos homens operários, ideia que baseia a noção de que homens e mulheres, sejam proletários e burgueses, constituem classes sexuais antagônicas (ARRUZA, 2010).

Mulheres que se opunham ao patriarcado, ao capitalismo, ao classismo ou ao racismo se intitulavam feministas. Queriam igualdade social em relação aos homens de sua classe; outras queriam pagamento igual para trabalhos iguais; outras queriam um estilo de vida alternativo. Muitas dessas preocupações legítimas foram facilmente cooptadas pelo patriarcado capitalista dominante (HOOKS, 2015).

Pode-se considerar que a análise interseccional que considera racismo e sexismo, mas que não desenvolve uma crítica do capitalismo, não representa uma ameaça real aos sistemas integrados que produzem desigualdade, já que as demandas individuais podem ser tragadas por ele sem custos significativos, mas as lutas coletivas exigem sua desestruturação (MACHADO, 2017).

As organizações de esquerda têm argumentado dentro de uma visão marxista e ortodoxa que a classe é a coisa mais importante. “(...) É preciso compreender que classe informa a raça. Mas raça, também, informa a classe. E gênero informa a classe. Raça é a maneira como a classe é vivida” (DAVIS, 2016).

Da mesma forma que gênero é a maneira como a raça é vivida. A gente precisa refletir bastante para perceber as intersecções entre raça, classe e gênero, de forma a perceber que entre essas categorias existem relações que são mútuas e outras que são cruzadas. Ninguém pode assumir a primazia de uma categoria sobre as outras (DAVIS, 2016).

Uma perspectiva crítica, feminista, antirracista e socialista não é, portanto, utópica no sentido de inatingível, impossível, mas, conforme Davis, afirma que a utopia serve para que nos movamos, como um horizonte que não nos deixa parar de caminhar. A perspectiva interseccional, nessa caminhada, me parece ser a que melhor instrumentaliza aqueles que lutam pelo fim das desigualdades (DAVIS, 2016).

## **2. PERCURSO METODOLÓGICO**

### **2.1 Tipo de estudo**

Com a finalidade de avaliar a compreensão subjetiva, enfatizando os significados e a compreensão que os indivíduos atribuem às suas experiências, optou-se neste estudo por uma abordagem de pesquisa qualitativa descritiva.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2010).

Para Triviños (1987), os estudos descritivos podem ser criticados porque pode existir uma descrição exata dos fenômenos e dos fatos. Estes fogem da possibilidade de verificação através da observação.

A pesquisa qualitativa ocupa um lugar significativo entre as várias possibilidades de se estudar os fenômenos que envolvem os seres humanos e suas relações sociais estabelecidas em diversos ambientes (GODOY, 1995).

### **2.2 Caracterização da área de estudo**

O Rio de Janeiro é uma cidade bastante heterogênea e apresenta diferentes graus de desenvolvimento e, conseqüentemente, desigualdades na distribuição e utilização de recursos disponíveis, inclusive nos serviços de saúde. Desde 1993, a Secretaria Municipal de Saúde dividiu geograficamente a cidade em 10 áreas programáticas (APs) para melhorar o gerenciamento dos serviços de saúde (PMS-RJ, 2013).

As áreas programáticas (APs) tem suas particularidades em função da história e evolução da ocupação da cidade, determinando características regionalizadas com relação à atividade econômica, mobilidade, serviços de saúde, educação, formas de adoecimento e mortalidade. (PMS-RJ, 2013).

A área programática (AP) 2 corresponde à área de expansão da cidade promovida por implantação do sistema de bondes, na segunda metade do século XIX. Com sua configuração geográfica entre o mar e o Maciço da Tijuca, é a região que simboliza a imagem da Cidade do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2017).

Convivem historicamente as edificações de luxo e a ocupação irregular por população de baixa renda, que ocupam principalmente as encostas na AP 2, com a degradação da ambiência e a desvalorização dos imóveis no seu entorno.

A quase totalidade das favelas da AP 2 foi objeto de programas de urbanização e regularização (RIO DE JANEIRO, 2017). AP 2.1 - Nesta região composta por apenas quatro RA (Botafogo, Copacabana, Lagoa e Rocinha) se instalou a população com maior poder aquisitivo. É onde se concentra a maior proporção de idosos da cidade, 20,5%, ou seja, pelo menos um em cada cinco moradores já ingressou na terceira idade (RIO DE JANEIRO, 2017).

A área programada 2.1, está composta por 13 Unidades de Saúde, algumas das unidades possuem o Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade – PREFC, como estratégia de aprimoramento do serviço.

Foram selecionadas 5 unidades de saúde, considerando diversidade do território, da população e que participem do PREFC, que será mantido o sigilo do serviço na divulgação dos resultados.

### **2.3 População**

Obtendo um total de 67 enfermeiras, a população deste estudo encontra-se dividida em 27 enfermeiras de equipe, 15 preceptoras e 25 residentes do (R1 e R2). A intenção em investigar enfermeiras, enfermeiras preceptoras e residentes, é proporcionar aumento do “N” desta pesquisa.

Os preceptores são os profissionais de saúde, lotados nas Unidades de Atenção Primária em que se insere uma equipe de residentes. O preceptor tem como objetivo fomentar a aprendizagem e qualificação do residente no modelo ensino em serviço, orientando-o e direcionando durante as atividades de campo desenvolvidas por este, nos diferentes cenários de prática, com foco no desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes (PREFC, 2022).

Visa também a capacidade reflexiva e crítica dos residentes, apoiando na identificação de situações problema, direcionando-as quanto às oportunidades de resolução. Nesse sentido, os preceptores têm sob sua responsabilidade os residentes lotados na unidade (PREFC, 2022).

As enfermeiras foram selecionadas por aleatorização, utilizando a planilha *Microsoft Excel*. Quando identificamos uma população com diversos estratos, geralmente requeremos que a proporção em cada estrato da amostra seja a mesma ou semelhante a proporção de cada estrato na população. (FLETCHER; FLETCHER, 2006).

Cada entrevista ocorreu em torno de 30 minutos, as consultas serão observadas até a finalização dela. Nas entrevistas a pesquisadora analisou os aspectos interseccionais respeitando o instrumento de coleta de dados conforme o apêndice B (p. 68).

Para análise dos dados foi obedecido o critério de saturação de dados a partir do não encontro de nenhum novo elemento encontrado ou acréscimo de novas informações deixa de ser necessário (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

#### **2.4 Critérios de inclusão**

Enfermeiras que atuam no serviço e que estão vinculadas às equipes de Estratégia de Saúde da Família, na área programática 2.1 no Rio de Janeiro.

#### **2.5 Critérios de exclusão**

Enfermeiras que não estejam destinadas a outras práticas de enfermagem, somente a vigilância em saúde, imunização ou polo COVID.

#### **2.6 Coleta de dados**

A partir da entrevista semiestruturada, utilizando um roteiro ajustado pela pesquisadora. Esta constitui uma técnica alternativa para se coletarem dados não

documentados sobre determinado tema. É uma técnica de interação social, uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca obter dados, e a outra se apresenta como fonte de informação. A entrevista pode ter caráter exploratório ou ser uma coleta de informações (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Na entrevista semiestruturada o pesquisador organizou um conjunto de questões (roteiro) sobre o tema que está sendo estudado, mas permitiu, e às vezes até incentivou, que o entrevistado fale livremente sobre assuntos que vão surgindo como desdobramentos do tema principal (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

## 2.7 Análise dos dados

Essa pesquisa obedecerá aos critérios de análise temática. A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência significam alguma coisa para o objeto analítico visado. Esta é realizada de forma tradicional, através da contagem de frequência das unidades de significação, definindo o caráter do discurso. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas, estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso (MINAYO, 2014).

A palavra tema está ligada a uma afirmação sobre um determinado assunto. Comporta uma quantidade de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase ou de um resumo. Três etapas constituem a aplicação desta técnica de análise: 1) Pré-análise; 2) Exploração do material e 3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2014).

A pré-análise, através da leitura flutuante, proporciona o contato primário com o assunto abordado, subsequente avaliação e seleção do conteúdo, conforme a “representatividade”, “homogeneidade” e “exaustividade”. Requisitos primordiais para o atendimento dos objetivos do estudo (MINAYO, 2014).

Em seguida, para o ordenamento do estudo, serão extraídas as narrativas das perguntas da entrevista, e em seguida, serão agrupadas por similaridade de significados, levando a construção de categoria, a qual pode se desdobrar em uma subcategoria.

## **2.8 Riscos e Benefícios da pesquisa**

Tem-se a existência de baixo risco de constrangimento para as enfermeiras, que foram entrevistadas, pelo medo de ser avaliada a partir das suas fragilidades frente à prestação de cuidado interseccional.

A ampliação da discussão sobre a temática, oportuniza melhoria da qualidade da assistência aos usuários, fortalecimento da categoria de enfermagem e da estratégia de saúde da família, como potente ferramenta de cuidado.

## **2.9 Aspectos éticos**

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, obedecerá a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde havendo necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Considerando alguns dados sigilosos será entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (BRASIL, 2016).

Esta pesquisa foi submetida e aceita pelos comitês de ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro CAAE: 61183822.8.0000.5282, e da Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro CAAE: 61183822.8.3001.5279.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para esta pesquisa foram realizadas dezoito entrevistas, sendo que destas quinze foram com mulheres cis, nove das entrevistadas se autodeclararam como brancas e nove autodeclararam como pardas. Na sua maioria, elas pertenciam à classe social C.

Sobre o aspecto formação, nove são especialistas em saúde da família, duas delas possuem mestrado, as outras nove são enfermeiras residentes se especializando em enfermagem de família e comunidade ou estratégia em saúde da família.

O perfil das participantes deste estudo, é bastante similar ao perfil da enfermagem brasileira. Na pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, desempenhada pela Fiocruz e COFEN, 2013, 57,9% (N=240.153) dos profissionais Enfermeiros/Enfermeiras, de um total de 414.712 mil, se autodeclararam de raça/cor branca. Pardos e pretos representam 31,3% (N=129.701) e 6% (N= 27.500), respectivamente, desses profissionais (MACHADO, 2021).

Já entre os/as auxiliares e técnicos de enfermagem, essa porcentagem muda: de 1.389.823 milhões de profissionais de nível fundamental e médio, 44,5% (N= 619.042) e 12,9% (179.336) se autodeclararam pardos e pretos, respectivamente (MACHADO, 2021).

Diante do perfil da enfermagem brasileira e da caracterização das participantes da pesquisa, fica perceptível que a enfermagem é formada majoritariamente por mulheres. No quesito raça/cor, o perfil das enfermeiras é formado por mulheres brancas, já as mulheres pardas e pretas são auxiliares e técnicas de enfermagem em sua maioria. Ter o menor número de mulheres pretas nas atribuições de enfermeira, é corroborado pela dificuldade em concluir o ensino superior e acessar o mercado de trabalho, isto é resultado de uma educação básica racista (ROZA, 2023).

O cuidado historicamente tem sido função da mulher e nem sempre é uma escolha. A ideia da maternagem conduziu o cuidado como uma desenvoltura natural do ser mulher, sob o pensamento de que se será mãe, irá cuidar.

Para as mulheres pretas e escravizadas, o cuidado perpassa por servir como escravas na casa, ser ama de leite deixando seu próprio filho, significando servir a todos inclusive esquecendo de si.

A profissionalização desse cuidado, foi criado a partir da enfermagem moderna com Florence Nightingale na guerra da Criméia, porém nas primeiras escolas não eram aceitas mulheres pretas e nem homens (CAMPOS, 2021).

Na mesma época de Florence Nightingale, a figura de Mary Jane Seacole, mulher preta jamaicana que foi negada pela equipe de Florence, foi até a guerra da Criméia apoiou os soldados durante a mesma guerra, porém teve sua história invisibilizada pelo patriarcado branco, europeu (PINHEIRO *et al.*, 2015; CAMPOS, 2021).

No Brasil a história não foi diferente, nas primeiras escolas de enfermagem os homens, e as mulheres pretas eram impossibilitados de cursarem o ensino superior. Enfermeiras como Josephina de Melo, Lúcia Conceição da Costa, Maria José Bezerra (Maria Soldado), Ivone Lara, Mãe Stella de Oxossi são mulheres pretas e enfermeiras que têm suas histórias de luta e militância na saúde invisibilizadas até hoje (CAMPOS, 2021; COREN, 2018).

Nota-se na caracterização das participantes desta pesquisa, que até hoje existe grande influência do padrão idealizado intencionalmente para a composição da enfermagem no Brasil, que seria ela uma profissão de ensino superior formada por mulheres brancas.

Outra característica reconhecida a partir do perfil das participantes desta pesquisa, é a divisão social e técnica na enfermagem, marcada na história da profissão, onde o trabalho intelectual como o gerenciamento e as ações complexas ficam a cargo do profissional graduado, enfermeira e o trabalho manual é destinado aos profissionais de nível médio, particularmente ao técnico de enfermagem (SILVA *et al.*, 2018).

É importante compreender que não é o trabalho em si que vai determinar esta divisão na enfermagem, mas a determinação das classes e das relações sociais que são estabelecidas entre si, e, que garantem a produção das relações. No sistema capitalista essas relações em geral se constituem em relação de poder e subordinação (SILVA *et al.*, 2018).

A partir desta breve discussão nota-se que a história da enfermagem, enfrenta divisões sociais no trabalho, sejam elas relação de “poder”, de classe, de raça e de gênero, ocorrendo na interação na enfermagem e em algumas situações envolvendo as outras categorias profissionais.

Assim como o movimento negro a partir do termo interseccionalidade luta contra o sexismo, o racismo e a discriminação de classe dentro do mundo profissional. É urgente um olhar sobre toda equipe de enfermagem, na luta contra as precarizações das condições de trabalho, com menores salários reverberados nas piores condições de vida (LIMA *et al.*, 2022).

Na etapa a seguir pretende-se apresentar os resultados e discussões a partir dos relatos das enfermeiras de família e comunidade frente a temática. Para esta apresentação foi

escolhido a utilização de pseudônimos, os nomes e suas características seguem no Apêndice F (p. 74).

A escolha dos nomes faz parte de uma homenagem às mulheres, usuárias do SUS que transformaram a vida profissional da autora, e que estimularam o olhar mais humano sobre a vida do indivíduo.

### **3.1 Categoria 1: Aspectos relevantes do contexto de vida do usuário para o cuidado de enfermagem.**

Na condição de profissional de saúde que tem o cuidado em saúde como base da sua prática profissional, a enfermeira precisa conhecer a realidade na qual se situa o usuário, devendo resgatá-lo como cidadão participante do seu processo de cuidado.

É importante reconhecer que o usuário, deve atuar como participante ativo do cuidado, como aquele que decide, que opta e escolhe o melhor para si. Para isso, se faz necessário acessar os aspectos, saberes e práticas dos usuários.

Nesta categoria foram discutidos os aspectos identificados pelas enfermeiras como relevantes para vida do usuário e que interferem no cuidado de enfermagem, desempenhado pelas enfermeiras na APS.

Dentre os aspectos mais informados pelas enfermeiras participantes destacam-se: o acesso, condições de vida e vulnerabilidade social; o território, Rede de apoio e família; as condições de saúde e aspectos clínicos; a escolaridade como base na compreensão das orientações da consulta; o gênero e sexualidade; a raça e cor; e as crenças e a espiritualidade esta categoria é composta por 108 unidades de registros.

#### **3.1.1 Acesso, condições de vida e vulnerabilidade social**

As enfermeiras de família e comunidade, refletem como o acesso, e a possibilidade de usufruir de algo, interfere na condição de vida pessoas. A reflexão diante o acesso à terra, à casa, à água, à comida, ao trabalho, ao ensino, ao lazer, à cultura, à prestação de cuidados, aos serviços de saúde, à assistência social, às políticas públicas, à segurança e proteção. Para as

enfermeiras quanto mais acesso melhores se tornam as condições de vida reduzindo assim as vulnerabilidades sociais (MACEDO *et al.*, 2021).

A vulnerabilidade social é uma condição que remete a fragilidade da situação socioeconômica de determinado grupo ou indivíduo. Os grupos em vulnerabilidade social encontram-se em acentuado declínio do bem-estar básico e de direito dos seres humanos (MACEDO *et al.*, 2021).

Nestes resultados, observa-se grande influência e aderência ao Conceito Ampliado de Saúde, discutido na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986. Este, reforça que a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (VERDI *et al.*, 2012).

A luta para a conquista dessas mudanças, exigiu e ainda exige muita participação e mobilização popular. Nos anos 70 a sociedade e os indivíduos, advindos principalmente das periferias, das fábricas, formaram grupos, que nos movimentos sociais, impulsionaram o desenvolvimento do país na luta pelos seus direitos (VICENTE, 2019).

A compreensão de que a saúde e a doença não podem ser explicadas exclusivamente pelas dimensões biológica e ecológica amplia a análise e a intervenção sobre a realidade, o que leva à compreensão dos fenômenos da saúde e da doença a partir da determinação social (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998; OSMO; SCHRAIBER, 2015).

Segue abaixo breves relatos das enfermeiras entrevistadas que indicam esses aspectos: “Alimentação, ambiente que vive, algo próximo que gosta de fazer, se trabalha, que influencia bastante na qualidade de vida, quais são seus históricos de acometimento de saúde”. (Adrielly)

Busco primeiro conhecer a história de vida do usuário, onde ele está inserido na sociedade, com o que ele trabalha, procuro saber a renda, pois isto impacta na relação do cuidado, pois interfere diretamente nas questões de lazer, alimentação, acesso a bens. Em todos os pacientes independente da demanda, tenha conhecer o aspecto social no qual está envolvido pois impacta em qualquer tipo de cuidado que a gente venha prestar. (Joana)

### 3.1.2 Território, rede de apoio e família

O território é construído a partir do espaço geográfico, as transformações do espaço acontecem pelas relações sociais no processo de produção do espaço. O território é composto

por objetos naturais ou elementos naturais também transformam o espaço, mas são as relações sociais que impactam o espaço com maior intensidade (CAMPOS, 2011; BRASIL, 2017).

As pessoas no território constroem relações construídas por diversos fatores, um deles é a similaridade entre suas vivências e práticas de cotidiano. A rede de apoio é formada por um grupo pessoas que tem uma colaboração ativa no desenvolvimento da criança. Essas relações são capazes de compor relações de rede de apoio. A rede de apoio mobilizada expande a noção de território para a de territorialidade (PIGNATTI; BARSAGLINI; SENNA, 2011).

Para as enfermeiras de família e comunidade entrevistadas, a avaliação da relação do usuário com o território, a rede de apoio e ou a família, são essenciais para análise da autonomia do cuidado, sendo que para algumas delas o cuidado familiar pode interferir na qualidade da assistência prestada.

O território e a territorialização em saúde pode ser considerado um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações; um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas, considerado uma categoria de análise social.

Abaixo segue alguns dos relatos das enfermeiras entrevistadas que indicam esses aspectos:

“Costumo ver principalmente onde mora, sua família e seus fatores sociais.” (Zuleica)

Cada usuário é único com certeza eu vou levar em consideração a questão familiar, se existe rede de apoio [...] trabalhando na APS a gente tem um cuidado total, então quando você olha uma pessoa biologicamente, uma patologia, que ele tem uma doença. Um paciente não é só um pé diabéticos, né! Então o que veio, como surgiu, qual a rede de apoio como isso agrega positivamente ou não, na vida do usuário [...] (Efigênia)

O processo de territorialização envolve a construção da integralidade, da humanização e da qualidade na atenção e na gestão em saúde. Reconhecido como um sistema e serviços capazes de acolher o outro, com responsabilidade diante dos impactos das práticas adotadas. O território é capaz de promover efetividade nos projetos terapêuticos e afirmação da vida pelo desenvolvimento da autodeterminação dos sujeitos (o usuário, a família e a rede) (CECCIM, 2005).

O vínculo terapêutico entre a enfermeira com os familiares e cuidadores, proporciona melhoria na possibilidade de identificar as necessidades daquela família e assim planejar e organizar ações que possibilitem a restauração do suporte social à família, diminuindo as dificuldades durante o processo de cuidado em saúde (ANJOS *et al.*, 2018).

A presença e a afetividade na relação familiar, associa-se à melhor percepção de saúde. Desta forma, a detecção de fatores que geram funcionalidade familiar ruim demanda dos profissionais de saúde, o planejamento de ações direcionadas para prevenir ou restabelecer o equilíbrio dos vínculos intrafamiliares, promovendo o bem-estar do usuário e de sua família (MARZOLA *et al.*, 2020).

### 3.1.3 Escolaridade como base na compreensão das orientações da consulta

A enfermeira é responsável por realizar diversas ações de saúde, o reconhecimento da compreensão pelo usuário, ter o feedback de que está de acordo com a proposta e o cuidado planejado, é de suma importância. As enfermeiras de família e comunidade entrevistadas, reconhecem a escolaridade e a formação formal como aspecto importante a ser investigado durante a consulta de enfermagem, e realçam que a formação escolar pode interferir na capacidade de compreensão das orientações de enfermagem.

Segue abaixo relatos, onde as enfermeiras identificam a escolaridade como fator importante na compreensão dos usuários frente a sua condição de saúde.

[...] A escolaridade, o entendimento, se sabe ler, e compreender o que estou falando, se aquela conduta que estou prescrevendo para ele, vai ter algum outro agente interferindo para não deixar ela ser otimizada, funcional de verdade. (Cabaré)

Vejo o grau de entendimento, a vulnerabilidade, se tem como comprar certo tipo de medicamento por exemplo, se tem condições de chegar em um local para encaminhamento do cuidado. Não adianta prescrever uma medicação, ou entregar um encaminhamento e a pessoa não fazer ou ir, ou explicar algum procedimento e a não compreensão da pessoa ela não vai fazer, então não vai adiantar. (Alessandra)

A escolaridade influencia na percepção das pessoas sobre sua saúde. Sendo ela importante para que possam entender e obter uma melhor preparação para enfrentar suas condições de saúde. Associam por exemplo, que a partir de um certo nível de conhecimento torna-se possível procurar e usar meios que as ajudem na manutenção de hábitos mais saudáveis (BRASIL, 2004).

Porém não se pode permitir que a baixa escolaridade dificulte a compreensão a respeito das recomendações dos cuidados. Por isso, faz-se necessário que a equipe de saúde se adeque a esse cenário, use uma linguagem que facilite a compreensão do usuário e que o deixe confortável para sanar eventuais dúvidas (SOUZA, *et al.*, 2017).

Outro ponto de vista importante a ser ressaltado é discutido por Victor Valla no ano de 1996 em produção textual denominada: “A crise e interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas”, onde afirma-se que uma das coisas mais difíceis para os profissionais admitirem é na cultura popular como um conhecimento acumulado e sistematizado capaz de interpretar e explicar a realidade.

A formação escolarizada da classe média e mesmo daqueles profissionais que agem como mediadores entre os grupos populares e a sociedade leva-os a tem a dificuldade em aceitar o fato de que o conhecimento é produzido além da escolaridade ou educação formal. (VALLA, 1996).

Mesmo que alguns profissionais sejam mais atenciosos e mais respeitosos com as pessoas pobres, periféricas, os muitos anos de uma educação classista e preconceituosa fazem com que o papel de cuidador predomine nas suas relações com estes grupos e afirma que "crise da compreensão é nossa" (VALLA, 1996).

#### 3.1.4 Gênero e sexualidade/Raça e cor

As participantes reforçam que as discussões sobre gênero, sexualidade e o quesito raça/cor precisam fazer parte do cotidiano da enfermeira na APS durante sua consulta de enfermagem.

Para isto, é necessário a apropriação da discussão sobre o tema e a qualificação da equipe de saúde . Para realização do acolhimento adequado é importante estar livre de tabus ou estranhamentos.

Os profissionais têm a responsabilidade de preencher estas informações desde o cadastro do usuário. O direito ao nome social, a autodeclaração de raça/cor são informações de saúde, essenciais a serem preenchidas no prontuário.

Abaixo segue alguns relatos, das enfermeiras entrevistadas:

[...] sexo, gênero, pois isto vai criar uma conduta e um plano de cuidado mais adequado. Se desconheço com quem o paciente tem as relações sexuais (se são com homens e/ou mulheres) como vou triar uma conduta para IST? É importante focar naquele usuário e tentar entender a realidade dele para poder triar de forma mais adequada nosso plano, objetivo, conduta, planejamento de enfermagem. (Janaina)

Não tem como deixar de considerar raça/cor ainda mais que pelo trabalho na rocinha o público tem um perfil de população negra, periférica, com pouco acesso a condições de vida e saúde. Acho que não tem como não levar tudo isto em consideração, independente de qualquer motivo do atendimento... Por exemplo se eu atendo uma mulher preta, talvez ela vá trazer questões de saúde que uma mulher branca não vá trazer.(Ademilde)

O ato de autodeclarar a orientação sexual a alguém não é algo simples em um país sabidamente homofóbico/bifóbico/transfóbico. Investigar essa questão em virtude disso, não é uma tarefa fácil. Quando alguém afirma sua homossexualidade, seja publicamente ou diretamente a alguém, essa mensagem não chega ao interlocutor como uma simples descrição desse sujeito, mas de seus atos enquanto homossexual, da sua prática (CARVALHO; BARRETO, 2022).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), tem como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como marcadores das condições de saúde. Com o objetivo de promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS. Esta política recomenda a inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados dos serviços públicos e sugere a análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia (BRASIL, 2017).

A coleta dos dados relativos à sexualidade, gênero, raça e cor pelos serviços de saúde, contribui para o reconhecimento do processo saúde-doença, das desigualdades em saúde, nos impactos de determinadas ações e na elaboração de programas para redução das iniquidades. Há a necessidade de uma base de informações confiável, que seja capaz de sustentar e direcionar a tomada de decisões (SANTOS *et al.*, 2020).

A abordagem dessas questões contribui para diminuir a desigualdade, a intolerância e a violência. Suas especificidades e a abordagem das temáticas na saúde têm grande importância e forte potência (LEITE; SANTOS, 2018).

Nesta categoria fica perceptível o quanto as enfermeiras de família e comunidade participantes deste estudo tem olhar ampliado sobre o processo saúde-doença, partindo das necessidades de saúde dos usuários, levando em consideração seus modos de viver e de enfrentar os agravos de saúde.

Pode-se afirmar que as enfermeiras de família e comunidade participantes, relacionam a saúde dos usuários com as complexidades relacionadas às condições sociais, econômicas e nos modos de viver.

O contexto familiar do usuário auxilia na criação de vínculos de confiança e respeito que apoiam na realização de ações que garantam e que tornem este cuidado integral mais humano. A partir dos relatos das enfermeiras de família entrevistadas questões como autodeclaração da raça e a cor, o gênero e a sexualidade do usuário, se apresenta como prática essencial de cuidado em saúde.

As práticas que se esperam das enfermeiras no contexto da APS, estão claramente descritas nos documentos legais que regem a profissão e o sistema de saúde. No entanto, nota-se a partir dessa categoria, que a prática de cuidado durante a consulta das enfermeiras, está para além do legislado ou protocolado, associando o cuidado também a uma relação baseada no respeito, na responsabilidade e na construção de vínculos.

### **3.2 Categoria 2: A compreensão da interseccionalidade e seus marcadores sociais para a saúde**

A interseccionalidade permite observar o efeito da combinação de múltiplas discriminações e as consequências de diferentes percepções de discriminação em vários eixos de desigualdade, que de certa forma interferem na vida das pessoas.

Nesta categoria composta por 88 unidades de registro, pretende-se analisar as compreensões das enfermeiras de família e comunidade participantes, relativas ao termo interseccionalidade, aproximando seus marcadores sociais às condições de saúde.

O cuidado na enfermagem se ocupa da dimensão humana, organizacional e técnica da assistência. O trabalho da enfermeira se dá no âmbito das relações. Desse modo, o êxito deste trabalho depende da qualidade técnica e das interações entre os sujeitos.

Existe um debate teórico-metodológico interseccional, que investiga a exigência (ou não) do uso da tríade gênero, raça e classe em articulação, bem como quais e quantos outros marcadores sociais da diferença podem ser acionados nas análises empíricas de temas e objetos de estudos. Outro foco do debate tem sido compreender como um marcador se conecta a outro e como se potencializam mutuamente (CHO, CRENSHAW; MCCALL, 2013).

Para as enfermeiras de família e comunidade entrevistadas, o termo interseccionalidade é compreendido como um fruto advindo do feminismo negro, onde as vulnerabilidades e opressões do sujeito, diante do gênero, sexo, raça cor, ditam seu privilégio dentro da sociedade.

Abaixo seguem os relatos, da compreensão das enfermeiras sobre o termo interseccionalidade: “[...] sei que vem do feminismo negro e fala das vulnerabilidades das pessoas na sociedade, e das opressões que as mulheres negras vivem [...]” (Zuleica)

Entendo como diferentes identidades dentro de um mesmo grupo social. Por exemplo, mulheres (mulheres brancas e negras apesar de ser mulheres elas não têm mesmo espaço de privilégio, assim como uma mulher CIS e uma mulher trans. A mulher CIS tem privilégio em relação a mulher trans. (Joana)

[...] A interseccionalidade é você ter uma visão em todos os aspectos de vulnerabilidades raça cor, sexo, gênero, identidade de gênero, meio que vive, escolaridade, e ter compressão do ser de forma mais ampla [...] (Isabela)

As enfermeiras de família e comunidade reconhecem o termo a partir da influência de Kimberlé Crenshaw, mais precisamente nos anos 90, definição já trazida anteriormente.

As enfermeiras examinam e exemplificam o termo interseccionalidade a partir do desempenho das suas atividades práticas e com a interferência de alguns marcadores como o racismo institucional, a homofobia pode interferir no acesso do indivíduo ao serviço de saúde, conforme o relato abaixo.

Por exemplo, atendi uma travesti, que me agradeceu no fim da consulta por não tê-la tratado com julgamentos. Então você imagina uma mulher travesti, ela já tem medo de ser julgada. Então quando você não tem isso dentro de você. Você consegue acolher esta usuária sem julgamento, a gente ganha também. Então precisamos tratar de formas iguais os desiguais, promovendo a equidade no SUS. (Efigênia)

Atendi uma negra, puérpera, com situação de renda vulnerável, sem trabalho, primeira gestação, e após a orientação sobre cuidados com criança. Percebi que ela precisava de vaga zero devido dificuldade com amamentação, entende? essas pessoas são mais negligenciadas, é importante estar atento (Isabela)

Ontem atendi uma senhora, branca de 66 anos, com acompanhante, mulher negra, ex nora, abrigada pela ex-nora, no morro dos macacos, encaminhada à UPA, para realizar curativo. Na consulta elas relataram que ela veio de ambulância da unidade dela para UPA Copacabana que negou atendimento e ela pediu apoio na clínica da família. Quando ela entrou no consultório ela estava com forte odor, e fiquei muito preocupada em não passar para ela esta expressão. Mesmo fora de área decidimos realizar curativo, a usuária apresentava muita miasse, coágulos, e tecidos necróticos, era óbvio que provavelmente viraria uma amputação. Esta mulher não "sentia" ou expressava dor, nada era como se ela estivesse anestesiada, isto é muito triste ver o tamanho do caso de negligência. No final do atendimento ela me disse que a UPA verbalizou que não faria o cuidado pois se fosse fazer este curativo teriam que tirar

todos os pacientes, pois, ela fedia muito. Esta barreira no acesso é muito grave. Era uma mulher, idosa, pobre, isto é muito triste. (Efigênia)

As enfermeiras reconhecem que as opressões ditam o comportamento dos serviços e dos profissionais de saúde frente ao usuário. O negligenciamento do cuidado faz parte do dia a dia das pessoas oprimidas, nos ambientes de saúde.

Cada vez mais, os eixos analíticos vão além dos marcadores a gênero, raça e classe. As enfermeiras entrevistadas reconhecem enfrentamentos complexos no cotidiano de mulheres, pardas e idosas. Ressaltam a complexidade no período da gestação e o avanço frente ao binarismo (homem e mulher). Utilizam a interseccionalidade inclusive para pensar uma nova maneira de promover equidade no SUS. Pode-se perceber uma influência sobre uma nova aposta conceitual sobre a interseccionalidade.

O avançar do tempo e o uso exacerbado do termo, estimulou a reanálise da interseccionalidade. A interseccionalidade com base no pensamento que chama de metafórico, heurístico e paradigmático (COLLINS, 2022).

Para essa autora a metáfora é uma nova forma de conceituar as relações de poder, uma ferramenta de pensamento que se apoia no poder das metáforas no processo de teorização. Pode-se dizer que conhecer interseccionalidade como uma metáfora proporcionou novas perspectivas acerca de cada sistema do poder, a forma como esses sistemas se cruza, e divergem uns aos outros acerca das possibilidades políticas sugeridas por esta análise (COLLINS, 2022).

A metáfora da encruzilhada forma um mapa mental que incentiva pessoas a olharem para intersecções particulares com intuito de olharem seu trabalho intelectual e prática social. Parece-nos que Crenshaw fez a metáfora da sua realidade, com o crescimento do termo interseccionalidade e o pensamento metafórico tornando-se mais importante. Provou ser um pilar importante para o pensamento crítico da interseccionalidade, sendo ela uma das melhores alternativas para explicar a realidade social. (COLLINS, 2022).

Para essa autora a heurística é a que maneira eu uso como regra oculta ou atalho para o pensamento oferecer uma ferramenta importante para resolução de problemas que visa explicar o mundo social. As heurísticas são técnicas para resolução, aprendizagem e descoberta de problemas sociais. Elas fornecem ferramentas de raciocínio em geral usadas para resolver problemas, fazer suposições fundamentadas. Seu uso baseia-se em experiências cotidianas com intuito de moldar situações da vida diária (COLLINS, 2022).

Esta utilização facilita o processo de repensar o conhecimento existente, a saber problemas sociais como: violência, instituições no trabalho e instituições sociais como

trabalho, família, educação e saúde. Nessa visão, a análise interseccional incorpora sexualidade, etnia, idade, capacidade e nação como categorias de análises semelhantes. De modo geral, o uso heurístico gerou uma enorme quantidade de novos conhecimentos que qualquer indivíduo pode analisar, permeando a discussão em diversas áreas (COLLINS, 2022).

Para essa autora os paradigmas fornecem estruturas, descrevem, interpretam e analisam e, em alguns casos, explicam tanto o conhecimento que está sendo produzido, quanto os processos para produzi-lo. O pensamento paradigmático envolve ter em mente um modelo ou explicação provisória. Os paradigmas costumam ser implícitos, presumidos e tomados como certo. Ou seja, um pensamento paradigmático em um campo, muda ideias e relações sociais sobre este campo. Uma mudança de paradigma muda as ideias e a forma como o campo reorganiza suas práticas para facilitar e alcançar seus objetivos de resolução dos problemas (COLLINS, 2022).

Sem dúvida, reflexões pautadas na interseccionalidade, contribuem para mudança de paradigmas indicando como as relações de poder determinam os fenômenos sociais. A partir dos relatos pode-se reconhecer que as enfermeiras podem refletir metaforicamente o que propicia novos ângulos de visão sobre muitos tópicos e mostra a interconexão entre eles. O heurístico estabelece na reflexão estratégias de ação, sobre como avançar na resolução dos problemas e na busca de mudança de paradigma.

### **3.3 Categoria 3: Interseccionalidade nas políticas públicas, nos protocolos de cuidado e na formação de enfermagem.**

Capazes de integrar o campo social e o estado, as políticas públicas em saúde estão voltadas para a busca da melhoria das condições de saúde da população e do ambiente social e do trabalho.

A interseccionalidade tem se constituído como uma das principais ferramentas analíticas, que apesar de ser um paradigma menos explorado, as enfermeiras de família e comunidade participantes, reconhecem que é possível identificá-lo em algumas políticas públicas.

Mesmo com a sinergia entre as políticas públicas e a interseccionalidade, para as enfermeiras de família e comunidade participantes, os protocolos de saúde que são

reconhecidos como um conjunto de informações, decisões e normas adotadas, cujo intuito é a padronização das atividades, ainda precisam estar mais atentos aos aspectos interseccionais.

Esta categoria, é composta por 116 unidades de registro, divididas em três subcategorias no qual serão apresentadas na primeira subcategoria: a sinergia entre políticas públicas nas quais as enfermeiras reconhecem um olhar interseccional e, na segunda subcategoria: serão analisados os desafios do cuidado interseccional e a ampliação da discussão nos protocolos de saúde, na terceira categoria pretende-se identificar os espaços que estimulam a discussão sobre a saúde frente uma perspectiva interseccional.

### 3.3.1 Subcategoria: A sinergia das políticas públicas de saúde com a interseccionalidade

O termo interseccionalidade tem sido apropriado por diversas áreas do conhecimento para teorizar sobre identidade e opressão.

No campo da saúde é muito recente, sua apropriação nas políticas públicas assim como sua utilização enquanto teoria analítica ou princípio norteador. Apesar disto, para as enfermeiras participantes, alguns termos têm sido debatidos de forma frequente nos serviços de atenção à saúde do SUS como: equidade, integralidade, universalidade, estão associados à definição de interseccionalidade.

Abaixo seguem alguns relatos das enfermeiras participantes:

Para mim, interseccionalidade é o nosso trabalho, nossos princípios. todas as situações são sim importantes para cuidado de vida e saúde. Interseccionalidade nada mais é que praticar APS [...] afinal na APS não dá para fazer cuidado sem discutir classe, raça e cor. (Daiana)

Interseccionalidade me lembra a equidade, do que se atravessa de uma maneira integral, para que facilite e promova cuidado ao paciente [...] quando eu penso em interseccionalidade, eu penso no cuidado integral, em tudo que se converge para que a gente consiga cuidar de uma forma que faça mais sentido para ele. (Wanda)

Acho que a interseccionalidade se aproxima por exemplo na política de HIV-AIDS, nas políticas públicas para população indígena, na população negra e nas populações LGBTQIAP+. Algumas políticas públicas têm tentado fazer uma coisa mais igualitária para que todos tenham acesso. (Penelope)

Interseccionalidade significa contribuir, colocar pessoas que são consideradas como minoria dentro de um contexto social, discutir seus direitos e políticas econômicas

de maneiras iguais. Um exemplo de interseccionalidade para mim é a Lei 8080 com uma visão mais universal com direito [...] (Isabela)

Não tem como falar em saúde, gênero sem pensar por uma perspectiva interseccional, senão a gente não atinge a equidade, não atinge o que a gente almeja como sociedade ideal. Principalmente o racismo traz consequência na saúde da população, que é uma consequência que pode acometer a saúde mental e o acesso, temos um número de pessoas expressivo de pretas que não acessam o serviço de saúde. (Ademilde)

As enfermeiras de família e comunidade participantes, reconhecem que os princípios do SUS, tem o interesse na diminuição das disparidades sociais e econômicas, pode-se compreender uma aproximação dos princípios do SUS ao olhar interseccional.

Para as enfermeiras de família entrevistadas, interseccionalidade é quando se cria políticas públicas voltadas aos grupos minoritários pois garante um direito daquela pessoa que estava inviabilizada, ou oprimida. Entendem que a ampliação do acesso à saúde, muda a vida das pessoas e por consequência da sociedade, tornando-se melhor e livre de preconceitos.

A sinergia encontrada pelas enfermeiras de família e comunidade participantes, é corroborada na afirmativa que nas políticas públicas, a visão interseccional ajuda a tornar compreensível a desigualdade social e econômica entre os grupos sociais: pessoas negras, mulheres, pobres, LGBTQIAP+, minorias étnicas e religiosas, povos indígenas e grupos considerados inferiores (COLLINS; BILGE, 2020; FARRANHA; SILVA, 2021).

A legitimidade das pautas sociais da saúde são fundamentais para articulação com a interseccionalidade. Sendo ela uma aposta no enfrentamento das complexas formas de produzir desigualdade e discriminação. O olhar interseccional coloca em dia a necessidade em analisar as várias categorias de pressões e forças identitárias (ORTIZ, 2023).

Embora os princípios do SUS não possam ser compreendidos como uma derivação do conceito de interseccionalidade, neste trabalho, eles funcionam como um aspecto analítico que nos permite identificar a funcionalidade de uma ação em termos de políticas públicas. Isto é, a perspectiva transversal permite ser um ponto de partida para melhor compreensão de programas e políticas que busquem a realização da igualdade social (FARRANHA; SILVA, 2021).

Sendo assim, compreende-se que a interseccionalidade pode ser útil como categoria de análise em políticas públicas, podendo ser, capaz de torná-la mais realista frente às diversas desigualdades.

### 3.3.2 Subcategoria: Os desafios do cuidado interseccional e as necessidades de ampliação da discussão nos protocolos de saúde.

As enfermeiras de família e comunidade participantes, reconhecem uma sinergia entre a política pública, a reflexão sobre as opressões, e a formação dos grupos minoritários. Porém quando refletem o cuidado interseccional nos protocolos de saúde este resultado torna-se diferente.

Os protocolos são os documentos norteadores das práticas em saúde, sendo eles responsáveis por apresentar e recomendar planos, ações e as prescrições de cuidados estratégicos a cada indivíduo, mas as enfermeiras afirmam que em alguns momentos os protocolos são genéricos, e não estimulam um cuidado interseccional, conforme alguns relatos das enfermeiras participantes: “Sinto muita das discussões interseccionais nos protocolos de saúde, e de uma forma geral, falta para todos os profissionais uma aproximação com a temática” (Nicolai)

Eu fiquei pensando parando para pensar agora como os protocolos são muito genéricos. Por exemplo se for pensar no PDCT, protocolo de IST, ele está focado em uma no casal relação heterossexual, uso de preservativo não faz recomendações ou orientações para um casal de mulheres lésbicas por exemplo. Se no protocolo não tem, como vou fazer a melhor orientação? (Niedja).

Fico preocupada quanto preceptora apoiando e norteando o aprendizado desses profissionais que vão se formar para a rede. Ser especialista e ser bom na APS é ter olhar 'fora da caixinha" e aí quando você para de pensar que nos nossos protocolos ... não possui muitas coisas que estimulam como dialogar abordar o usuário em determinado tipo de assunto. Acaba travando em alguns questionamentos. Por exemplo manejo HIV o protocolo, não consegue dar ferramentas que deixe o profissional confortável para colocar na prática o acolhimento ao usuário de uma forma compreensível [...] (Janaina)

Os protocolos não conseguem ter olhar interseccional, eu acho que é algo que falta, inclusive tem algumas doenças que acometem mais a população negra e quando a gente pensa em um protocolo por exemplo de hipertensão eles falam, mas não tem nenhum recorte ou diferencial para a gente tratar uma pessoa hipertensa negra de uma pessoa hipertensa branca, o protocolo está ali para ser padronizado e não leva em consideração esses outros aspectos [...] O que eu penso mais, é sobre, neste lugar de como conseguir promover saúde por esta perspectiva interseccional porque é isso quando a gente fala um pouco sobre isto, até com novos residentes muitos deles nem ouviram falar este termo, muitos colegas de trabalho também nunca ouviram falar sobre isso, então a gente tem um papel social e quanto cidadã com este papel social de fazer as pessoas refletirem sobre isto. (Ademilde)

Quando as enfermeiras de família e comunidade participantes, denunciam a escassez de ferramentas de saúde que consigam explicar o que é identidade de gênero e sexualidade; a

não elucidação sobre as recomendações de preservativos para mulheres lésbicas. A saúde não é equânime em relação à população LGBTQIAP+.

As enfermeiras de família e comunidade participantes, identificam que os protocolos direcionam as abordagens terapêuticas e não levam em consideração aspectos como raça na recomendação de prescrição no tratamento de doenças crônicas, utilizam o tratamento de hipertensão arterial sistêmica (HAS) recomendado pelos protocolos são contraindicados a população negra.

As duas drogas mais prescritas para seu controle da HAS, e que fazem parte da lista de medicamentos básicos e protocolados são o Captopril e o Maleato de Enalapril, do grupo dos anti-hipertensivos inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), estes estão contraindicadas para pessoas negras hipertensas (VARGA; CARDOSO, 2016).

Os serviços públicos devem efetivar os direitos, suprir com equidade as lacunas existentes no acesso da população à saúde. As ações profissionais precisam seguir a mesma consonância. A partir de uma vivência de violação de algum direito, no caso o tratamento adequado a HAS, é importante reconhecer que esta discriminação faz parte de um racismo institucional (SILVA, 2019).

As enfermeiras de família e comunidade participantes, reforçam que a sociedade precisa mudar, exemplificam que através da “luta” a assistência em saúde se tornará mais equânime. Sendo assim, mesmo que os protocolos de saúde não estimulem o cuidado interseccional, as enfermeiras de família possuem a responsabilidade de repensarem suas práticas dentro da consulta de enfermagem.

O breve relato, a seguir, exemplifica a opinião das enfermeiras participantes:

O protocolo deixa tudo muito aberto. No final o que vale é olhar da enfermeira em cada situação, de fazer uma adaptação e leitura para cada usuário. Eu não acho que o protocolo aborde da melhor forma. Mas é isto, cada vez que a gente luta mais um pouco, para ficar melhor. (Efigênia)

É recomendável que sejam investidos esforços no sentido de analisar como as necessidades se sobrepõem favorecendo uma redução efetiva entre as desigualdades sociais, raciais e econômicas. Pode-se observar que, mesmo que as políticas sociais sejam bem elaboradas, muitas vezes elas não conseguem ser implementadas e bem executadas (OLIVEIRA, 2018).

Para ampliação das discussões interseccionais, será necessária muita luta. Lutar não apenas pela obtenção de pequenas reivindicações, mas pela possibilidade de construir um

novo modelo de sociedade que supere as distinções classistas, racistas e sexistas. Em outras palavras, no interior destes espaços político-culturais tem-se tanto um movimento de resistência como um movimento de recriação de valores, denominado de resistência (BERNARDINO-COSTA, 2015).

Parece que o maior desafio em promover o cuidado interseccional e a ampliação da discussão nos protocolos de saúde, perpassa o combate ao racismo, a homofobia, o sexismo e outros preconceitos, dentro da sociedade.

A disseminação das informações frente ao cuidado interseccional é imprescindível. Sua discussão nos protocolos dentro das instituições de saúde produzem o aperfeiçoamento profissional, que ajudam a melhorar os impactos à saúde da população diante da promoção da saúde e da prevenção às doenças.

### 3.3.3 Subcategoria: Os espaços que promovem o aprendizado sobre a interseccionalidade na sociedade e na saúde.

Explicitamente, o termo interseccionalidade não se encontra nos currículos dos cursos de graduação na área da saúde ou disciplinas específicas, mesmo sendo uma discussão recorrente. Ainda assim, pode-se dizer que as enfermeiras de família e comunidade estão atentas às práticas que considerem a interseccionalidade. Elas referem algumas ferramentas da vida cotidiana e da sociedade que ajudaram na construção deste pensamento e citam: livros, vídeos no *Youtube*.

Há também relatos de construção formal deste aprendizado, em aulas no ensino médio e em cursos de pós-graduação *stricto sensu*. No entanto, o espaço majoritariamente citado como promovedor de aprendizado e estímulo ao olhar interseccional, foi o próprio serviço de saúde, e as atividades realizadas durante a formação nos cursos de especialização, como na residência em enfermagem de família e comunidade, seja como preceptor ou residente, a partir das aulas ou participações em grupos de trabalho com expertise na temática.

A formação no serviço se apresentou como um potente espaço na capacidade de transformar a atenção e o cuidado importante para mudança de muitos paradigmas, conforme relatos das enfermeiras de família e comunidade, a seguir: “Conheci o termo interseccionalidade participando como preceptora do GT de equidade do programa de

residência [...]” (Efigênia); “[...] no canal teórico prático e na aula da residência em enfermagem” (Cabaré);

Hoje na residência quando estudo a população negra eu imagino o quanto esta população já sofreu. Na aula fizemos um passeio sobre a pequena África. Uma aula que me emocionou, muito chorei, difícil explicar. Me senti em processo de luto e foi muito bom para sensibilizar o tema. A residência mudou totalmente, antigamente eu não conseguia identificar os preconceitos que eu tinha ou estava sofrendo. (Eriene)

A formação nos serviços, promovem o desenvolvimento dos profissionais de saúde de modo com que eles ocorram de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar, englobando todos os locais e saberes a fim de proporcionar a democratização dos saberes (SILVA *et al.*, 2016).

Baseada na aprendizagem significativa e na reflexividade das práticas, o foco deve estar na problematização da realidade. Na busca pela construção e reconstrução do conhecimento. Constituído pelas experiências cotidianas dos profissionais de saúde que através da problematização, são estimulados a refletir, agir e, assim novamente, questionar as práticas de saúde (SILVA *et al.*, 2016).

Para tanto, a formação no nível de especialização na modalidade residência, tem como objetivo formar profissionais para uma atuação diferenciada no SUS, o que resulta em ações educativas centradas nas necessidades de saúde das pessoas (LOBATO, 2010).

Compreende-se então que a formação em serviço na modalidade de residência é um forte espaço para o desenvolvimento das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), que pode se constituir como um dispositivo potencial para promover novos paradigmas e mudanças dentro de uma sociedade.

Este espaço fomenta o olhar interseccional, e é capaz de estimular reflexões e a novas formas da enfermeira de família e comunidade compreender o indivíduo e seus os marcadores sociais, qualificando então, a execução da sua prática de cuidado, tornando-a mais sensível e humana, na busca da diminuição dos preconceitos.

### **3.4 A história que a história não conta: refletindo sobre o não dito**

A discussão sobre interseccionalidade nesta dissertação foi construída a partir das falas das entrevistadas que são caracterizadas como mulheres cis, brancas e pardas,

enfermeiras que atuam, em contato de cuidado a pessoas em situações de diferentes vulnerabilidades.

A elaboração deste capítulo é motivada pela superficialidade de alguns dos relatos das enfermeiras de família e comunidade entrevistadas. Sérios debates foram pouco aprofundados e na maioria eram abordados através de um discurso politicamente correto, e isto pode ter relação com o receio das entrevistadas em expressar os seus preconceitos.

Considerando a importância em aprofundarmos as reflexões, pretende-se aprofundar sobre o não dito, trazendo as observações e experiências colhidas a partir dessa pesquisa.

Para isto, optou-se pelo uso de expressões culturais neste caso, a letras de música. A inspiração da escrita vem do samba enredo “História pra Ninar Gente Grande” da Escola de samba Estação Primeira da Mangueira, presente nas redondezas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Trecho da música:

Brasil, meu nego

Deixa eu te contar

A história que a história não conta.

O avesso do mesmo lugar

Na luta é que a gente se encontra

Brasil, meu denço

A Mangueira chegou

Com versos que o livro apagou

Desde 1500 tem mais invasão do que descobrimento

Tem sangue retinto pisado

Atrás do herói emoldurado

Mulheres, tamoios, mulatos

Eu quero um país que não está no retrato

Brasil, o teu nome é Dandara

E a tua cara é de cariri

Não veio do céu

Nem das mãos de Isabel...

Brasil, chegou a vez

De ouvir as Marias, Mahins, Marielles, malês (Estação Primeira de Mangueira, 2019)

O silenciamento histórico não é diferente, sobre a construção da formação do Sistema Único de Saúde. Assim como trazido no trecho “[...] A história que a história não conta. O avesso do mesmo lugar. Na luta é que a gente se encontra” podemos encontrar a história do SUS.

Desde 1988, a Constituição Federal de 1988 prevê, por meio do Sistema Único de Saúde, um atendimento humanizado, universal e igualitário a todos os cidadãos. E isto foi refletido durante as entrevistas, e tais características são afirmadas como a aproximação com o termo interseccionalidade (SILVA; SILVA, 2009).

O que não está dito ou não vem em destaque, é que a aproximação do termo interseccionalidade já estava presente no SUS, desde sua construção conquistada pelo suor e pela luta das mulheres, do movimento negro e dos trabalhadores.

As lutas cotidianas levaram o movimento feminista a integrar espaços de gestão institucional; a atuar como movimento social dialogando diretamente com o Estado; a participar de espaços institucionais, como conselhos e conferências de saúde e de direitos das mulheres; a buscar espaço nos partidos políticos; e a ir às ruas, no enfrentamento dos momentos mais críticos (SOUTO; MOREIRA, 2021).

O destaque do SUS está associado ao Movimento Negro, que teve papel fundamental no processo de democratização e combate ao racismo no país e adquiriu tarefas que se revelaram essencialmente complexas, principalmente, quando pensado na relação classe/raça. Essa relação se expressa no grande índice de desigualdade que assola a população negra nos diversos níveis da vida social, inclusive no âmbito da saúde (SILVA; SILVA, 2009 *Apud* FERNANDES, 1989).

Assim como traz a música, “[...] Brasil teu nome é Dandara e a sua cara é de cariri” remetendo as distintas características da população brasileira. No trecho “.Tem sangue retinto pisado [...]” se reconhece que a história tem muito sofrimento de uma determinada população, a população negra, que apesar da construção sobre a equidade e justiça social, construída na história do SUS, ainda existem hoje práticas de discriminações contra a população nos serviços de saúde.

E como é que se cuida dessas pessoas, das Marias e Dandaras. Se existem barreiras, deve haver enfrentamento. Como é tocar em alguém que tem forte odor? Como conviver com quem tem fome, ou não tem casa? Como é acolher alguém que não se reconhece no padrão desta sociedade?

Com pouca reflexão sobre os questionamentos acima, as enfermeiras seguem as consultas de enfermagem ainda de modo protocolar. Pensar na população LGBTQIAP+,

precisa transcender as recomendações sobre uso de preservativo. Emancipatório seria se conseguíssemos chegar em nossa prática sobre a discussão de gênero ou fomentar uma discussão contra a violência sob essas populações.

O mesmo ocorre ao se pensar em crenças, religiosidade, onde estão as rezadeiras, curandeiras, banhos e ervas? O quanto esta diversidade cultural está inclusa nas práticas de cuidado dentro da consulta de enfermagem? É necessário considerar a cultura popular nas decisões e durante a prescrição de cuidado.

Estes questionamentos não foram respondidos pelas entrevistas. A autora reconhece aproximação das experiências com parte do trecho musical: “Brasil, chegou a vez, de ouvir as Marias, Mahins, Marielles, malês...”, reconhecendo a partir disto, que há uma necessidade de ouvir as pessoas de quem cuidamos. Dando voz a quem foi silenciado por muitos anos.

Abrindo os olhos sobre um Brasil: que nas estatísticas é o país que mata, em maioria, homens negros e periféricos. Onde mulheres pretas, são as mais expostas a situações de violência. E, que ao mesmo tempo que consome pornografia homoafetiva é o que mais mata pessoas trans no mundo. Assim como no enredo musical os versos dessa história, não podem ser apagados (CERQUEIRA, 2019; BOMTEMPO; MENDES, 2020).

Os profissionais que atuam na estratégia de saúde da família, a porta de entrada do SUS e do cuidado em saúde, não podem estar preocupados apenas em se manter com discursos politicamente corretos. A consulta de enfermagem é o momento oportuno para o acolhimento individual, a garantia do respeito a individualidade do indivíduo, e para efetividade do cuidado e da percepção interseccional pela enfermeira, é importante que este profissional esteja envolvido na luta sobre a mudança deste paradigma discriminatório. Promovendo liberdade e justiça social, equidade a partir da discussão junto ao usuário. Reconhecendo os marcadores sociais no(s) qual(is) o sujeito está entrelaçado, trazendo foco nas pessoas, e reconhecendo suas pluralidades, na busca da transformação do SUS.

O contorno da interseccionalidade na academia reflete o contexto de uma tradução imperfeita. Assim, a interseccionalidade proporciona lentes sugestivas para examinar o que poderia se perder na tradução, em situações de ideias deslocadas entre diferentes comunidades de interpretação, com diferentes níveis de poder (COLLINS, 2017).

A interseccionalidade pode ser vista como uma forma de investigação crítica e de práxis, precisamente, porque tem sido forjada por propostas de políticas emancipatórias de fora das instituições sociais, assim como essas ideias têm sido retomadas por tais instituições (COLLINS, 2017).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso, às condições de vida e a vulnerabilidade social, são os aspectos mais citados pelas enfermeiras de família e comunidade como mais relevantes para a elaboração de um plano de cuidado de enfermagem, na estratégia de saúde da família. A relação com o território, a presença da família ou rede de apoio são consideradas grandes parcerias durante a execução do plano de cuidados.

A raça, cor, gênero e a sexualidade são considerados marcadores imprescindíveis para o reconhecimento das iniquidades sociais. As enfermeiras de família e comunidade sugerem que esses aspectos sejam investigados em consultas de enfermagem na APS, a partir de um diálogo livre de preconceitos.

Para as entrevistadas, os aspectos imprescindíveis a serem analisados na consulta de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família foram: o acesso, as condições de vida, a vulnerabilidade social, do sujeito. Sua relação com o território, a rede de apoio e sua família. E características como gênero/sexualidade, raça/cor.

As enfermeiras de família e comunidade compreendem que a interseccionalidade tem um grande potencial de avançar sobre os diversos campos de estudos. Expressão que a partir da interseccionalidade, dentro da consulta de enfermagem torna-se capaz de redimensionar a forma de observação da realidade, ampliando as discussões de saúde debatendo aos aspectos de hierarquia de exploração seja ele étnico, racial, político ideológicos.

A interseccionalidade é um termo da contemporaneidade que explora diferentes áreas dentro da humanidade que tem interesse em compreender a relação de poder e suas formas de dominação controle na busca por caminhos de transformação da realidade social.

A interseccionalidade está em busca das unificações e sobreposições de diferentes categorias e variantes para entender a inserção dos indivíduos na sociedade.

Esta pesquisa ressalta que a interseccionalidade não procura hierarquizar o feixe discriminatório. Todos os aspectos sociais têm relevância e precisam ser levados em consideração para nós compreendermos a situação dos sujeitos.

A história foi construída em cima de muitas opressões e preconceitos. Essas situações são capazes de gerar traumas profundos que perpassam as gerações futuras. O silenciamento de longa duração como sexismo e racismo, configurados por uma colonização da realidade, possibilita invisibilização do sofrimento da população e das famílias, o cuidado em saúde

capaz de promover rupturas dessas práticas. Para isto faz-se necessário a transformação da formação em saúde.

É necessário pensar na prática de cuidado que rompa com o silenciamento e a destruição histórica e intencional a partir de uma perspectiva reflexiva que gere uma superação destas atitudes e que possibilitem alinhamento em busca do cuidado de forma antirracista, anti machista e anti LGBTfobia.

As enfermeiras de família e comunidade reconhecem uma sinergia das políticas públicas em saúde com a interseccionalidade, para elas os princípios do SUS, tem o interesse na diminuição das disparidades sociais e econômicas, ou seja, a aproximação dos princípios do SUS ao olhar interseccional. Ter políticas públicas voltadas aos grupos minoritários que visa a garantia de um direito daquela pessoa que estava inviabilizada, ou oprimida para as entrevistadas é a sinergia entre o SUS e a interseccionalidade.

Apesar de reconhecerem a sinergia entre as políticas de saúde e a interseccionalidade, as enfermeiras de família e comunidade afirmam que as ferramentas para prescrição do cuidado e os protocolos de saúde não são interseccionais. Reforçam que a sociedade precisa mudar, exemplificam que através da luta política a assistência em saúde se tornará mais equânime.

A ausência da perspectiva interseccional nos protocolos de saúde reforça o apagamento dos marcadores sociais. Para isto, o debate diante da temática é imprescindível, diversos são os espaços que o termo interseccionalidade pode ser debatido, plataformas das redes sociais e livros foram sinalizados como espaços potentes. Para as enfermeiras de família e comunidade o debate promovido durante a formação em serviço, seja nos espaços de educação permanente ou nas aulas da residência foram potentes na construção de opiniões e mudanças de paradigmas.

Durante a prática de cuidado na consulta de enfermagem é importante considerar que os indivíduos não vivem a desigualdade da mesma forma. E os marcadores sociais precisam ser considerados debatidos a cada encontro durante o processo de cuidado. E não partindo do pressuposto de que estas questões já foram faladas ou superadas. Rompendo o olhar sobre o sujeito relacionado à saúde individual sob o aspecto da doença e cura caminhando por uma saúde comunitária e coletiva pensando no bem-estar considerando o modo de viver.

## REFERÊNCIAS

- ABEP. **Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação do Brasil.** [online], 2019. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 06 jan. 2021.
- ABREU, T. F. K. D.; AMENDOLA, F.; TROVO, M. M. Tecnologias relacionais como instrumentos para o cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, p. 981-987, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/VgC4MPkBmGrbNFNN9FMQZCp/?lang=en>. Acesso em: 18 abr. 2022.
- ACIOLI, S., *et al.* Care practices: the role of nurses in primary health care. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n.º. 5, p. 637-42, 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/12338>. Acesso em: 12 mai. 2022.
- AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade.** Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.
- ALCÂNTARA, D. C., *et al.* Interseccionalidade e transexualidade no processo discriminatório: uma revisão integrativa [Intersectionality and transsexuality in the process of discrimination: an integrative review][Interseccionalidad y transexualidad en el proceso discriminatorio: una revisión integradora]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 30, n.º 1, p. 66665, 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/viewFile/66665/44943>. Acesso em: 27 fev. 2023.
- ALMEIDA, S. L. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.
- ANJOS, K. F. dos., *et al.* Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos. **Revista Ciência e Enfermagem**, v. 24, 17, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3704/370457444010/html/>. Acesso em: 15 ago. 2022.
- ARRUZZA, C. **Feminismo e marxismo: entre casamentos e divórcios.** Lisboa: Combate, 2010.
- ARTICULAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES DE MULHERES NEGRAS BRASILEIRAS. Saúde da mulher negra: guia para a defesa dos direitos das mulheres negras. Porto Alegre: **Cadernos Informação AMNB**, p.76, 2012. Disponível em: <https://amnb.org.br/>. Acesso em: 15 ago. 2022.
- ASSIS, D. N. C. **Interseccionalidades.** Instituto de Humanidades, Artes e Ciências, UFBA. Salvador, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/30892>. Acesso em: 12 mar. 2023.
- BATISTA, W. M. A inferiorização dos negros a partir do racismo estrutural. **Revista Direito e Práxis**, n.º4, v. 9, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdp/a/nkt6FjJDWMvfV7DsqrBY4XK/>. Acesso em: 13 jan. 2021.

BATISTA, W. M.; MASTRODI, J. Dos fundamentos extraeconômicos do racismo no Brasil. **Revista Direito e Práxis**, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdp/a/cV888dCvfPGrcRqSLnKntNQ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 16 jul. 2022.

BAUER, G. R. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: challenges and the potential to advance health equity. **Society, Science, Medicine**, v.10, p. 10, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24704889/>. Acesso em: 09 set. 2022.

BRASIL. **Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde**. Ministério da Saúde. Brasília, 2004. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_ms.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ms.pdf). Acesso em: 05 jan. 2023.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília. 1ª Ed., 1ª reimpressão, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf). Acesso em: 13 jan. 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Brasília. 3ª Ed. Editora do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra\\_3d.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf). Acesso em: 06 jan. 2023.

BRASIL. **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: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 04 nov. 2020.

BRASIL. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília. Seção 1. p. 44-46, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2021.

BOURDIEU, P. **La Distinction. Critique sociale du jugement**. Paris: Minuit, 1979. Ed. bras.: A distinção: crítica social do julgamento. Tradução: Daniela Kern e Guilherme J. F. Teixeira. São Paulo, Porto Alegre: Edusp, Zouk, 2007.

BOMTEMPO, J. A.; MENDES, J. A. Risco, proteção e empoderamento na adolescência transexual: Reflexões a partir de um estudo de caso. **Juventudes: Pesquisas e campos de atuação**, p. 37-52, 2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Josimar-Mendes/publication/341525869\\_Risco\\_Protecao\\_e\\_Empoderamento\\_na\\_Adolescencia\\_Transsexual\\_reflexoes\\_a\\_partir\\_de\\_um\\_estudo\\_de\\_caso/links/5f1b3594a6fdcc9626b00711/Risco-Protecao-e-Empoderamento-na-Adolescencia-Transsexual-reflexoes-a-partir-de-um-estudo-de-caso.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Josimar-Mendes/publication/341525869_Risco_Protecao_e_Empoderamento_na_Adolescencia_Transsexual_reflexoes_a_partir_de_um_estudo_de_caso/links/5f1b3594a6fdcc9626b00711/Risco-Protecao-e-Empoderamento-na-Adolescencia-Transsexual-reflexoes-a-partir-de-um-estudo-de-caso.pdf). Acesso em: 11 mar. 2023.

BUTLER, J. P. **Problemas de gênero [recurso eletrônico]: feminismo e subversão da identidade**. Tradução: Renato Aguiar. 16ª ed. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 2018.

CAMPBELL, K.A; MACKINNON, K.; DOBBINS, M. **Nurse-Family Partnership and Geography: An Intersectional Perspective**. Jan., 2020. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2333393619900888>. Acesso em: 12 mai. 2022

CAMPOS, E. C. S. **Território e gestão de políticas públicas: uma reflexão sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde – SUS**. In. **V Jornada Internacional de Políticas Públicas**. Anais. São Luiz, 2011. Disponível em: [http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA\\_EIXO\\_2011/IMPASSEES\\_E\\_DESAFIOS\\_DAS\\_POLITICAS\\_DA\\_SEGURIDADE\\_SOCIAL/TERRITORIO\\_E\\_GESTAO\\_DE\\_POLITICAS\\_PUBLICAS.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSEES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/TERRITORIO_E_GESTAO_DE_POLITICAS_PUBLICAS.pdf). Acesso em: 08 nov. 2022.

CAMPOS, P. F. S. História, mulheres negras e enfermagem brasileira. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 21, nº 230, p. 167-177, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/cqdMjT4ky7jtGDKZ677TvyS/?lang=en>. Acesso em: 15 jan. 2023.

CARVALHO, A. A.; BARRETO, R. C. V. A invisibilidade das pessoas LGBTQIA+ nas bases de dados: novas possibilidades na Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4059-4064, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rwDkNhDCdyY5xdfyXNxmmGH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 06 jan. 2023.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: de centralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, nº 4, p. 975-986, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cbxpHx6Lv8qgqvwtBsghwjD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 07 dez. 2022.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE. **Panorama Social da América Latina: Documento Informativo**, 2016. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br/publicaciones/41738-panorama-social-america-latina-2016-documento-informativo>. Acesso em: 13 jun. 2022.

CONNEL, R. **Gênero em termos reais**. Tradução: Marília Moschkovich. São Paulo: Inversos, 2016.

CHO; CRENSHAW, K.; MCCALL, L. Toward a field of intersectionality studies: theory, applications, and praxis. **Signs**, v. 38, nº 4, p.785-810, 2013. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1741149/mod\\_resource/content/1/CHO%2C%20S.%203B%20CRENSHAW%2C%20K.W.%203B%20Mccall%2C%20L.%20Toward%20a%20Field%20of%20Intersectionality%20Studies.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1741149/mod_resource/content/1/CHO%2C%20S.%203B%20CRENSHAW%2C%20K.W.%203B%20Mccall%2C%20L.%20Toward%20a%20Field%20of%20Intersectionality%20Studies.pdf). Acesso em: 10 dez. 2021.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, v. 1, nº 10, p.171-188, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 abr. 2022.

CRENSHAW, K. Porque é que a interseccionalidade não pode esperar - Kimberlé Crenshaw. **Ação pela Identidade**. Tradução: Santiago D' Almeida Ferreira, 2015. Disponível em: <https://apidentidade.wordpress.com/2015/09/27/porque-e-que-a-interseccionalidade-nao-pode-esperar-kimberle-crenshaw>. Acesso em: 04 fev. 2021.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. Tradução: Rane Souza. São Paulo: Boitempo, 2020.

COLLINS, P. H. **Bem mais que ideias: a interseccionalidade como teoria social crítica**. Tradução: Bruna Barros e Jess Oliveira. São Paulo: Boitempo Editorial, 2022.

COLLINS, P. H. Se perdeu na tradução? Feminismo negro, interseccionalidade e política emancipatória. Tradução: Bianca Santana. **Parágrafo**, v. 5, nº 1, p. 6-17, 2017. Disponível em: <https://revistaseletronicas.fiamfaam.br/index.php/recicofi/article/view/559>. Acesso em: 03 mar. 2023.

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

DEPRET, D. G., *et al.* Acesso de travestis e mulheres transexuais a serviços de Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa de literatura. **Research, Society and Development**, v. 9, nº 10, p. e2149108595-e2149108595, 2020. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0002-7579-789X>. Acesso em: 23 jan. 2022.

DUTRA, H. S. Divisão social do trabalho e enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, nº 11, p. 4161-4163, 2016. Disponível em: 10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201643. Acesso em: 06 fev. 2021.

FARRANHA, A. C.; SILVA, L. S. Interseccionalidade e políticas públicas: avaliação e abordagens no campo do estudo do direito e da análise de políticas públicas. **Revista Aval**, v. 5, nº19, 2021. Disponível em: [https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/63395/1/2021\\_art\\_acfarranhalssilva.pdf](https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/63395/1/2021_art_acfarranhalssilva.pdf). Acesso em: 08 jan. 2021.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 704-709, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/qTVY5r3JLdL8xcTHNf9ZhxF/?lang=en>. Acesso em: 06 jan. 2021.

FLETCHER, R. H; FLETCHER, S. W. **Epidemiologia clínica – elementos essenciais**. 4ª Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Plageder, 2009.

GIL, C. R. R; MAEDA, S. T. A. **Capítulo 4 – Modelos de Atenção à Saúde no Brasil.[Online]**. USP, 2021. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=2425838>. Acesso em: 06 fev. 2021.

GIOVANELLA, L., *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1763-1776, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1763.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2021.

GOES, E. F. **Raça, gênero, etnia e direitos humanos**. Salvador, Bahia: Editora UFBA, Faculdade de Direito; Superintendência de Educação a Distância, p. 59. 2020.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.35, n° 3, p.20-29, maio/jun.1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/ZX4cTGGrqYfVhr7LvVyDBgdb/?lang=pt>. Acesso em: 03 mar. 2023.

GOMES, R., *et al.* Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1997- 2006, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rWF4kWq4ShjdXGghXY7BFwt/?lang=pt>. Acesso em: 2 nov. 2021.

GONZALEZ, L. **Primavera para as rosas negras: Lélia Gonzalez em primeira pessoa**. Diáspora Africana, 2018.

GONZALEZ, L. **Por um feminismo afrolatinoamericano**. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social**, v. 26, p. 61-73, n°1, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ts/a/LhNLNH6YJB5HVJ6vnGpLgHz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 nov. 2020.

KAHL, C., *et al.* Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/SqwXTp7RJYYnh54rRLXHCrC/?lang=pt>. Acesso em: 06 jan. 2021.

KYRILLOS, G. M. Uma análise crítica sobre os antecedentes da interseccionalidade. **Revista Estudos Feministas**, v. 28, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/zbRMRDkHJtkTsRzPzWTH4Zj/?lang=pt>. Acesso em: 02 nov. 2021

KUSCHIR R., FAUSTO M. C. R. Sistemas de saúde e sistemas de proteção social: a gênese dos sistemas de saúde. *In*: KUSCHIR, R. FAUSTO, M. C. R. **Gestão de Redes de Atenção à Saúde**. Rio de Janeiro: EAD, Ensp, 2014. Disponível em: [https://cesad.ufs.br/ORBI/public/uploadCatalogo/10344417022012Gestao\\_dos\\_Sistemas\\_e\\_Servicos\\_de\\_Saude\\_Aula\\_1.pdf](https://cesad.ufs.br/ORBI/public/uploadCatalogo/10344417022012Gestao_dos_Sistemas_e_Servicos_de_Saude_Aula_1.pdf). Acesso em: 27 out. 2022.

HOOKS, B. Mulheres negras: moldando a teoria feminista. **Revista Brasileira de Ciência Política**, p. 193-210, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/mrjHhJLHZtfyHn7Wx4HKm3k/?lang=pt>. Acesso em: 01 fev. 2021.

LEITE, V. M.; SANTOS, M.C. F. Abordagens de gênero, sexualidade e saúde na educação em ciências: uma pesquisa bibliográfica. **Revista de Ensino de Biologia da SBEnBio**, p. 105-121, 2018. Disponível em: <https://renbio.org.br/index.php/sbenbio/article/view/131>. Acesso em: 02 ago. 2022.

LIMA, A. S. G.; VOLPATO, L. M. B. Saúde da mulher Negra e os determinantes: Racismo, Questão de Gênero e Classe Econômica. *In: ETIC 2014 - Encontro de Iniciação Científica. Faculdades Integradas Antônio Eufrásio de Toledo de Presidente Prudente*, 2014. Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/viewFile/4406/4166>. Acesso em: 01 abr. 2022.

LIMA, J. G. **Atributos da At. Primária nas regiões de saúde: uma análise dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. 2016. 244 f. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/19792>. Acesso em: 16 fev. 2022.

LIMA, F. F. D., *et al.* Percepções e experiências de mulheres atuantes no campo da saúde sobre violências de gênero. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 76-92, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kBkzMDZQV9yQKq8VH7csFjv/>. Acesso em: 18 abr. 2022.

LIMA, B. S., *et al.* Cuidados de Enfermagem à População Negra. *In: ROCHA, E. S. C., et al. (Orgs). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade*. Brasília: Editora ABen; 2022. p. 40-54. Disponível em: [https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2022/04/e11-vulneraveis\\_vol-I-cap4.pdf](https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2022/04/e11-vulneraveis_vol-I-cap4.pdf). Acesso em: 23 jan. 2022.

LOBATO, C. P. **Formação dos trabalhadores de saúde na residência multiprofissional em saúde da família: uma cartografia da dimensão política** (Tese de Doutorado). Londrina: Universidade Estadual de Londrina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2010. Disponível em: <https://pos.uel.br/saudecoletiva/teses-dissertacoes/formacao-dos-trabalhadores-da-saude-na-residencia-multiprofissional-em-saude-da-familia-uma-cartografia-da-dimensao-politica/>. Acesso em: 17 mar. 2022.

MACEDO, J. P., *et al.* Condições de vida, acesso às políticas e racismo institucional em comunidades quilombolas. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 14, nº 1, p. 1-28, 2021. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-82202021000100001](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202021000100001). Acesso em: 15 abr. 2023.

MACHADO, B. A. **Interseccionalidade, consubstancialidade e marxismo: debates teóricos e políticos**. *In: Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre Marx e o Marxismo (NIEP-Marx). Anais do Colóquio Internacional Marx e o Marxismo*, p. 1867-1917, 2017. Disponível em: <https://www.niepmarx.blog.br/MM/MM2017/AnaisMM2017/MC18/mc181.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2022.

MACHADO, M. H. **Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final [Internet]**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html>. Acesso em: 27 fev. 2022.

MARANHA, N. B., *et al.* A consulta de enfermagem no cenário da atenção básica e a percepção dos usuários: revisão integrativa. **Academus Revista Científica da Saúde**, v.1, nº 2, 2017. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/A-consulta-de-enfermagem-no-cen%C3%A1rio-da-aten%C3%A7%C3%A3o-e-a-Maranha-Silva/de97bb02d121a81bdd570fb26ebbaf937afccc4>. Acesso em: 19 ago. 2022.

MATHIEU, N. C. Verbetes – Sexo e Gênero. In **Dicionário Crítico do feminismo**. HIRATA, *et al* (orgs.). São Paulo: Editora UNESP, 2009.

MATTA, G. C; MOROSINI, M.V.G. **Atenção à Saúde**. Fiocruz. [online], 2021. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>. Acesso em: 06 jan. 2021.

MARZOLA, T. S., *et al.* A importância do funcionamento das famílias no cuidado ao idoso: fatores associados. **Revista Família, ciclos de vida e saúde no contexto social**, v.8, nº1, 2020. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/4440>. Acesso em: 13 ago. 2022.

MBEMBE, A. **A crítica da Razão Negra**. Tradução: Marta Lança. 3. Ed. Lisboa: Antígona, 2014.

MENDONÇA, S. S. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. **Civitas – Revista de Ciências Sociais**, v. 15, p. 250-271, 2015. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/17899>. Acesso em: 06 jan. 2021.

MEDEIROS, T. M., *et al.* Racismo institucional e a estratégia de saúde da família: um estudo sobre essa interlocução no município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Gênero e Tecnologia**, v. 12, nº 40, p. 76-91, 2019. Disponível em: <https://revistas.utfpr.edu.br/cgt/article/download/9503/6421>. Acesso em: 6 abr. 2023.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12<sup>a</sup>ed. São Paulo: Hucitec. 2010.

MISKOLCI, R. A. Teoria Queer e a Sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. **Sociologias**, p. 150-182, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/BkRJyv9GszMddwqpncrJvdn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 out. 2021.

MUNANGA, K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. **Palestra proferida**, nº 3, p. 1-17, 2004. Disponível em: <https://www.ufmg.br/inclusaosocial/?p=59>. Acesso em: 13 jan. 2021

NASCIMENTO, L. D. C. N., *et al.* Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 228-233, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/SrfhX6q9vTKG5cCRQbTFNwJ/>. Acesso em: 28 jan. 2022.

NASCIMENTO, B. **Quilombola e intelectual, possibilidade nos dias da destruição**. São Paulo: UCPA/Filhos da África, 2018.

OLIVEIRA F., BASTOS, J. L., MORETTI-PIRES R. O. Interseccionalidade, discriminação e qualidade de vida na população adulta de Florianópolis, Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, nº1, p 37, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/qrCxmQ8cyjLmzr7QtwWy3rf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 mai. 2022.

OLIVEIRA, J. R. A intersetorialidade e a interseccionalidade nas políticas públicas de saúde da mulher negra. **ENAP**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3519/1/Juliana%20Ribeiro%20Oliveira.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2023.

OLIVEIRA, E., *et al.* Contribuição da interseccionalidade na compreensão da saúde-doença-cuidado de homens jovens em contextos de pobreza urbana. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e180736, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/YjPXdHKdRgCCHVxNpxwNPNv/?lang=pt>. Acesso em: 19 nov. 2020.

OLIVEIRA, J. R. **A intersetorialidade e a interseccionalidade nas políticas públicas de saúde da mulher negra**. [online], 2018. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/3519>. Acesso em: 19 nov. 2020.

OLIVEIRA, M. M., *et al.* PCATool-Adulto-Brasil: uma versão reduzida. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, p. 256- 263, 2013. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/140375>. Acesso em: 1 jan. 2021.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da saúde coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 205-218, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QKtFb9PkdpcTnz7YNJyMzjN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 dez. 2022.

ORTIZ, M. Desvendando sentidos e usos para a perspectiva de interseccionalidade nas políticas públicas brasileiras. **Seminário Internacional Fazendo Gênero**, v. 10, p. 1-15, 2013. Disponível em: [http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1386721833\\_ARQUIVO\\_MariliaOrtiz.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1386721833_ARQUIVO_MariliaOrtiz.pdf). Acesso em: 08 jan. 2023.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista Saúde Pública**, v.32, nº 4, p. 299-316, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PDRmKQr7vRTRqRJtSgSdw7y/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 dez. 2022.

PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. *In*: Mendes E.V. (org.), **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 2019.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/o-que-e-o-sus-e-bookinterativo>. Acesso em: 06 jan. 2021.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. *In*: GIOVANELLA, L.; LOBATO, L.V. C. L. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PIGNATTI, M. G.; BARSAGLINI, R. A.; SENNA, G. D. Envelhecimento e rede de apoio social em território rural do Pantanal mato-grossense. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1469-1491, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/QfVh6NP45jKdspLDhqTTHWS/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2023.

RIO DE JANEIRO. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (PMS-RJ) 2014-2017. **Secretaria Municipal de Saúde** [online], 2013. Disponível em: [http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS\\_20142017.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf). Acesso em: 17 jan. 2021.

PINHEIRO, C. W., *et al.* O cuidado das amas-de-leite e o protagonismo do negro na história da enfermagem: uma luta por equidade. **História da Enfermagem. Revista. Eletrônica**, v. 6, nº 1, p. 124-34, 2015. Disponível em: [http://here.abennacional.org.br/here/9\\_AR\\_01015\\_MM.pdf](http://here.abennacional.org.br/here/9_AR_01015_MM.pdf). Acesso em: 24 jan. 2023.

RANGEL, T. L. V. Racismo ambiental às comunidades quilombolas. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos**, v. 4, nº 2, p. 129-141, 2016. Disponível em: <https://www3.faac.unesp.br/ridh/index.php/ridh/article/view/393>. Acesso em: 06 abr. 2023.

RIBEIRO, S. Racismo ambiental: o que é importante saber sobre o assunto. **Portal Geledés** [online], 2019. Disponível em: [https://www.geledes.org.br/racismo-ambiental-o-que-e-importante-saber-sobre-o-assunto/?amp=1&gclid=Cj0KCQjw27mhBhC9ARIsAIFsETFYLH0cOyCoA3cbPyQhgvMC1PeF4WWDJpKA74ppLnaF5Pj4ySVVL\\_4aAsOyEALw\\_wcB](https://www.geledes.org.br/racismo-ambiental-o-que-e-importante-saber-sobre-o-assunto/?amp=1&gclid=Cj0KCQjw27mhBhC9ARIsAIFsETFYLH0cOyCoA3cbPyQhgvMC1PeF4WWDJpKA74ppLnaF5Pj4ySVVL_4aAsOyEALw_wcB). Acesso em: 06 abr. 2023.

ROZA, G. **O muro permanece alto para mulheres negras** [online], 2021. Disponível em: <https://www.generonumero.media/reportagens/muro-mulheres-negras/>. Acesso em: 6 abr. 2023.

SANTOS, M. P., *et al.* População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos avançados**, v. 34, p. 225-244, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/LnkzjXxJSJFbY9LFH3WMQHv/?lang>. Acesso em: 06 jan. 2023

SILVA, C. T., *et al.* Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/SR4N3H7CqdTmtk9tRcshdxh/?lang=pt>. Acesso em: 7 jan. 2023

SILVA, L. H. P. **Ambiente e Justiça: racismo ambiental no contexto brasileiro.**

*In: XI Congresso Luso Brasileiro de Ciências Sociais.* ANAIS. ago. 2011, p. 01-16.

Disponível em:

[http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/resources/anais/3/1306222361\\_ARQUIVO\\_racismoambientalsalvador.pdf](http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/resources/anais/3/1306222361_ARQUIVO_racismoambientalsalvador.pdf). Acesso em: 6 abr. 2023.

SILVA, M. O. O., *et al.* **A enfermagem na lógica da hierarquização, da divisão social e técnica do trabalho na sociedade capitalista: evidências da precarização no processo de trabalho e no processo formativo do trabalhador de Nível Médio**, 2018. (Tese de

Doutorado) EPSJV. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/32065#collapseExample>. Acesso em: 27 fev. 2023.

SILVA, H. C. B. **População Negra e Racismo Institucional: desafios à concretização do direito à saúde e demandas para o Serviço Social**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, Faculdade de Serviço Social, Maceió, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/hRTf9SLg8CBYF8cJqC8QYNJ/>. Acesso em: 14 nov. 2022.

SILVA, J. C.; SILVA, I. G. Participação Popular e Sistema Único de Saúde: as conferências estaduais de saúde do Maranhão e a participação das entidades do movimento negro.

**Caderno de Pesquisa**. São Luís, v. 16, nº 3, ago. – dez, 2009. Disponível em:

<https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/119/86>. Acesso em: 03 mar. 2023.

SOUZA, S. S., *et al.* Mulher e climatério: concepções de usuárias de uma unidade básica de saúde. **Reprodução & Climatério**, v. 32, nº 2, p. 85-89, 2017. Disponível:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S141320871730002X>. Acesso em: 05 jan. 2023.

SOUTO, K.; MOREIRA, M. R. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 832-846, 2021.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4JncpcMDZ7TQ9Hd7dkMPMpt/?lang=pt>. Acesso em: 03 mar. 2023.

VARGAS, I. V. D.; CARDOSO, R. L. S. Controle da hipertensão arterial sistêmica na população negra no Maranhão: problemas e desafios. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 664-671, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2016.v25n3/664-671/pt/>. Acesso em: 20 jan. 2022.

VERDI, M. I. M., *et al.* **O sistema único de saúde numa perspectiva histórica e no contexto das políticas públicas**. Universidade Federal Santa Catarina – UNASUS, 2012.

Disponível em:

[https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/33309/mod\\_resource/content/1/Unidade%203/top4\\_1.html](https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/33309/mod_resource/content/1/Unidade%203/top4_1.html). Acesso em: 17 dez. 2022.

VICENTE, A. I. D. **História da saúde pública no Brasil: a participação popular na — 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Cajazeiras, 2019. Disponível em:

<http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/bitstream/riufcg/11266/3/ANALIA%20INGRYDY%20DOMINGOS%20VICENTE.%20LICENCIATURA%20PLENA%20EM%20HIST%20RIA.%202019.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2022.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Anexo Técnico I - Informações sobre todas as áreas de Planejamento**, [online]. Disponível em:

<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/1529762/DLFE-220205.pdf/1.0>: Acesso em: 17 jan. 2021.

PREFEITURA. Programa de Residência de Enfermagem de Família e Comunidade: Manual do Residente, [online], 2022. Disponível em: <https://sigaenf.subpav.org/>. Acesso em: 12 mai. 2022.

MARIETTO, M. L. Observação participante e não participante: contextualização teórica e sugestão de roteiro para aplicação dos métodos. **Revista Ibero Americana de Estratégia**, v. 17, nº 4, p. 05-18, 2018. Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/301614548\\_OBSERVACAO\\_PARTICIPANTE\\_E\\_NAO\\_PARTICIPANT](https://www.researchgate.net/publication/301614548_OBSERVACAO_PARTICIPANTE_E_NAO_PARTICIPANT). Acesso em: 04 fev. 2021.

NÚCLEO DE TELESSAÚDE SERGIPE. Processo de Trabalho na APS: Quando foi iniciada a Estratégia de Saúde da Família no Brasil? **Biblioteca Virtual de Saúde**, 2015. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/quando-foi-iniciada-a-estrategia-de-saude-da-familia-no-brasil/>. Acesso em: 06 jan. 2021

SAFFIOTI, H. I. B. Ontogênese e filogênese do gênero: ordem patriarcal de gênero e a violência masculina contra mulheres. **Série Estudos/Ciências Sociais/FLASCO-Brasil**, 2009. Disponível em:

[http://www.flasco.org.br/portal/pdf/serie\\_estudos\\_ensaios/Heleieth\\_Saffioti.pdf](http://www.flasco.org.br/portal/pdf/serie_estudos_ensaios/Heleieth_Saffioti.pdf). Acesso em: 28 abr. 2022.

SALATA, A. R. Quem é classe média no Brasil? Um estudo sobre identidades de classe. **Dados**, v. 58, p. 111-149, 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/dados/a/XvqqBDMHVQ9DvfsLmzcqkLR/?lang=pt>. Acesso em: 01 fev. 2022

SOJOURNER, T. **Eu não sou uma mulher?** Tradução: Osmundo Pinho. Geledés, 8 jan. 2014. Disponível em <https://www.geledes.org.br/e-nao-sou-uma-mulher-sojourner-truth/>. Acesso em: 03 fev. 2021

SKIDMORE, T. E. **Preto no Branco: Raça e nacionalidade no pensamento brasileiro**. Tradução: Donaldson M. Garschagen. 1ª.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Unesco, Ministério da Saúde, Brasília, 2002. Disponível:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2022.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 361-378, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cLcqmxhpPLWJjJMWrq9fL4K/?lang=pt>. Acesso em: 19 nov. 2020.

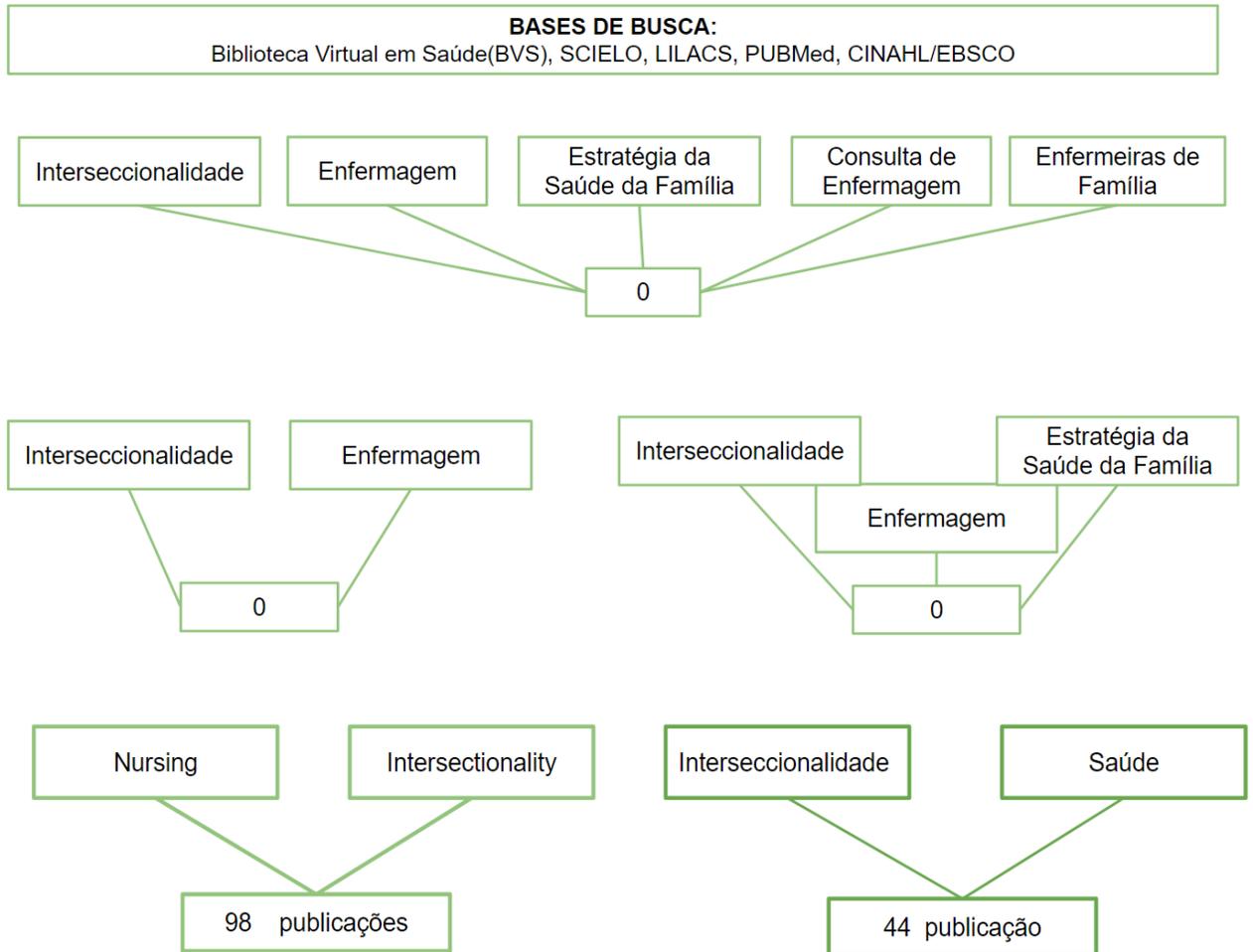
TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais – A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VALLA, V. V. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. **Educação & Realidade**, v. 21, nº 2, 1996. Disponível em: <https://www.victorvincentvalla.com.br/wp-content/uploads/A-Crise-da-Interpreta%C3%A7%C3%A3o-%C3%A9-nossa.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2023.

VASCONCELOS, M. F. F.; SEFFNER, F. A pedagogia das políticas públicas de saúde: norma e fricções de gênero na feitura de corpos. **Cadernos Pagu**, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/Gy5dXJDBYwb8px7yrQJQb8M/?lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2022.

## APÊNDICE A – Estado da arte, 2022

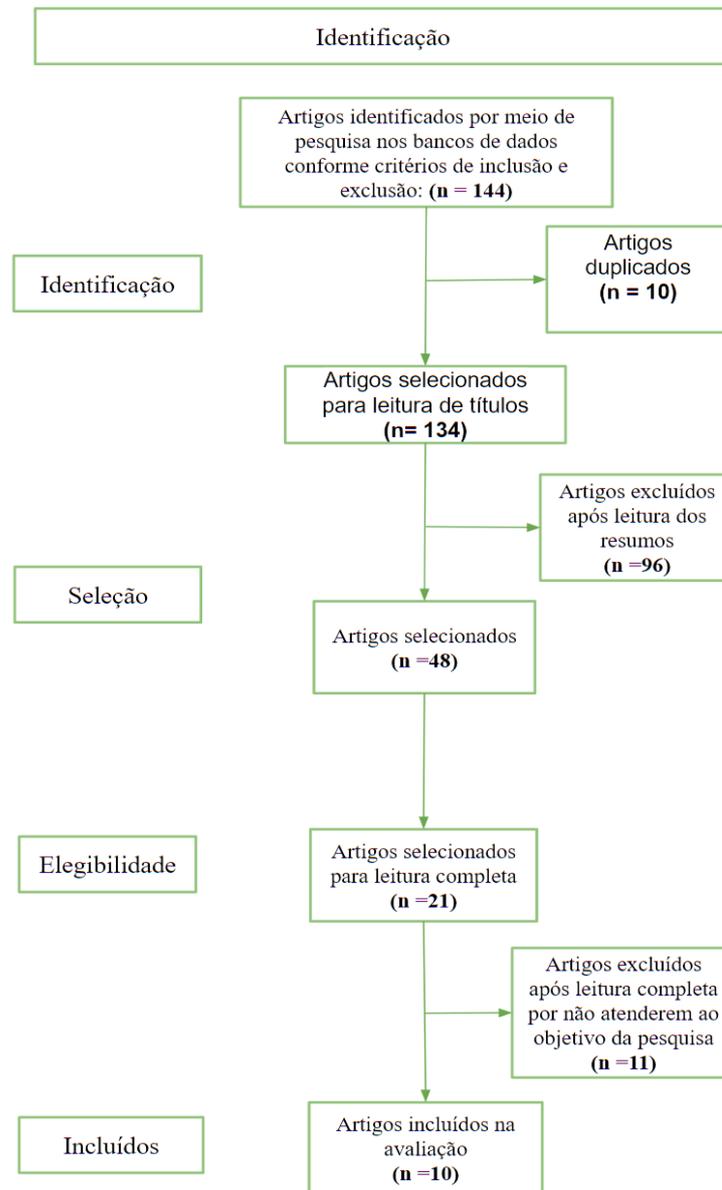
Figura 1 - Busca nas bases de dados



Obs: Utilizando a junção booleana "and"

Autora, 2022

Figura 2: Fluxograma Prisma



Fonte: Autora, 2023

Quadro 1: Título: Apresentação das publicações selecionadas em estado da arte, 2022. (continua)

P	Título	Metodologia	Ano	Resumo
P1	Juventude, gênero e justiça reprodutiva: iniquidades em saúde no planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde.	Qualitativa Pesquisa antropológica, de natureza documental	2021	Discutem-se desafios às políticas públicas de saúde para amparar adolescentes e jovens em suas trajetórias sexuais e reprodutivas, privilegiando a dimensão da interseccionalidade.
P2	Interseccionalidade e violência contra as mulheres em Tempos de pandemia de covid- 19: diálogos e possibilidades	Qualitativa	2021	Este ensaio tem como objetivo problematizar as relações entre violência contra as mulheres e o isolamento social durante a pandemia de covid-19, a partir do diálogo entre os aportes teóricos dos estudos interseccionais e as contribuições do Movimento Institucionalista, por meio da filosofia da diferença de Gilles Deleuze.
P3	Interseccionalidade, discriminação e qualidade de vida na população adulta de Florianópolis, Sul do Brasil	Qualitativo Trata-se de um estudo transversal,	2021	Marginalização raça/cor, gênero, escolaridade e discriminação interpessoal afeta distintas dimensões da qualidade de vida de indivíduos adultos. A importância e a contribuição da análise interseccional para a investigação das iniquidades na qualidade de vida.

Quadro 1: Título: Apresentação das publicações selecionadas em estado da arte, 2022 (continuação)

P4	Cuidado em território de exclusão social: covid-19 expõe marcas coloniais	A pesquisa qualitativa	2021	<p>A intersecção de gênero, raça e classe marca os territórios de exclusão social, especialmente em um país que carrega cicatrizes da colonialidade patriarcal e capitalista em suas estruturas, como é o caso do Brasil. O objetivo deste trabalho é compreender o cuidado em um desses territórios: a cidade de Cubatão/SP. A investigação, feita entre 2017 e 2020, incluiu a pandemia da covid-19, que sobrecarregou o cuidado no território. O método foi a pesquisa qualitativa, com oficinas, observação participante e entrevistas de profundidade. O cuidado era majoritariamente oferecido por mulheres, líderes comunitárias e profissionais da atenção primária do Sistema Único de Saúde. Para analisar os dados, utilizou-se a hermenêutica de profundidade.</p>
P5	Juventude, gênero e justiça reprodutiva: iniquidades em saúde no planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde	pesquisa antropológica, de natureza documental	2021	<p>Iniciação sexual é um processo gradual de experimentação e aprendizado do repertório cultural sobre gênero, reprodução, contracepção, violência sexual, entre outros temas que circundam a sociabilidade juvenil. O foco recai nas iniciativas institucionais públicas de oferta de métodos contraceptivos hormonais reversíveis de longa duração (LARC) no Sistema Único de Saúde, na última década. Do ponto de vista metodológico, tal reflexão se apoia em material empírico oriundo de pesquisa antropológica documental sobre tecnologias contraceptivas, no intuito de problematizar o que chamamos de “oferta seletiva” de tais dispositivos e seu viés discriminatório e estigmatizante “coerção contraceptiva” em determinados grupos sociais.</p>

Quadro 1: Título: Apresentação das publicações selecionadas em estado da arte, 2022 (continuação)

P6	Marginalizando a saúde: empregando uma abordagem de equidade e interseccionalidade.	Qualitativo	2020	Uma análise de interseccionalidade revela essas relações e permite uma compreensão diferenciada de como as iniquidades em saúde são estruturadas e compreendidas. Usando estatísticas globais e outros exemplos, o artigo argumenta a importância de uma análise de interseccionalidade para desvendar o impacto desproporcional da desigualdade e as implicações para a saúde e a vida das pessoas que sofrem essas múltiplas discriminações.
P7	Contribuição da interseccionalidade na compreensão da saúde-doença- cuidado de homens jovens em contextos de pobreza urbana	Qualitativa Pesquisa ação	2020	Analisa as experiências vividas por homens jovens da periferia a respeito das desigualdades sociais e seus impactos no processo de produção da saúde- doença- cuidado. O material empírico que dá suporte à análise interseccional foi produzido pela metodologia qualitativa da pesquisa-ação, a partir de oficinas, técnica grupal em investigações participativas.
P8	Parceria Enfermeira-Família e Geografia: Uma Perspectiva Interseccional	qualitativo descritivo	2020	Parceria Enfermeira-Família é um programa de intervenção de saúde pública. No contexto de uma avaliação de processo, foi colocada a questão: “De que maneira os enfermeiros de saúde pública canadenses explicam suas experiências com a entrega deste programa em diferentes ambientes geográficos?”
P9	Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica	Qualitativa	2018	Traz os conceitos interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos para compreender a violência obstétrica relacionada às mulheres negras na saúde. Pretende pontuar o movimento de mulheres negras como responsável por pautar as especificidades desse grupo social na perspectiva de cidadania insurgente.

Quadro 1: Título: Apresentação das publicações selecionadas em estado da arte, 2022 (conclusão)

P10	“Viver dignamente”: necessidades e demandas de saúde de homens trans em Salvador, Bahia, Brasil	qualitativa	2018	A análise foi baseada na antropologia interpretativa, articulada às críticas do pressuposto da interseccionalidade e da perspectiva decolonial. As necessidades e demandas de saúde dos homens trans são organizadas em três aspectos: a despatologização, a modificação corporal e os atendimentos ambulatoriais.
P11	Da base da pirâmide social à "elite" do sistema: um estudo de caso sobre as diversas incursões de uma mulher negra, nordestina e militante	Qualitativa	2016	Compreender a incidência do viés racial e suas interseccionalidades a partir da construção metodológica de uma história oral de vida, visando descrever e analisar a conformação e os sentidos tomados pelo processo identitário de uma mulher negra, professora universitária e de origem pobre. de sua história. Neste íterim, a interseccionalidade gênero-raça-pobreza pode ser considerada fator determinante às diversas barreiras enfrentadas por nossa colaboradora ao seu processo de emancipação.
P12	Interseccionalidad e de gênero, classe e raça e vulnerabilidade de adolescentes negras às DST/aids / Intersectionality of gender, class and race, and vulnerability of black female adolescents to STD/AIDS	quantitativo e qualitativo	2010	Tem como objetivo, verificar a vulnerabilidade ao HIV/aids de adolescentes femininas moradoras de favelas da cidade do Rio de Janeiro. Utilizou grupos focais sobre os temas sexualidade, gênero e raça. Reconheceu como a discriminação racial sofrida é cotidiana e contribui para a construção de autoimagem negativa que aliada a pobreza, violência de gênero e dificuldade de acesso aos serviços de saúde ampliam a vulnerabilidade às DST/aids.

Fonte: Autora, 2022

**APÊNCIDE B** – Instrumento de Coleta de Dados: Roteiro de Entrevista semiestruturada.

Nome: \_\_\_\_\_

Codificação: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Cor: preta ( ) branca ( ) parda ( ) amarela ( ) indígena ( )

Identidade de gênero: mulher ( ) homem ( ) mulher trans ( ) homem trans ( )  
não binário ( )

Classe:

- A quem ganha mais de 20 salários-mínimos ( . )
- B de 10 a 20 salários-mínimos ( . )
- C de 4 a 10 salários-mínimos ( . )
- D de 2 a 4 salários-mínimos ( . )
- E recebe até 2 salários-mínimos ( . )

Escolaridade:

- Especialidade com pós-graduação em Enfermagem de Família e Comunidade, Saúde da Família, Saúde Pública e Saúde Coletiva ( )
- Especialidade com Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, Saúde da Família, Saúde Pública e Saúde Coletiva ( )
- Especializando em Pós-graduação Enfermagem de Família e Comunidade, Saúde da Família, Saúde Pública e Saúde Coletiva ( )
- Especializando em residência Enfermagem de Família e Comunidade, Saúde da Família, Saúde Pública e Saúde Coletiva ( )
- Mestrado ( )
- Doutorado ( )

Situação profissional

- Enfermeira de equipe ( )
- Preceptora em enfermagem ( )
- Residente em Enfermagem ( )

Questões para discussão:

- 1) Durante a consulta de enfermagem: quais são os elementos da vida do usuário, que você considera relevantes para atenção e a prescrição do cuidado em saúde? Por quê?
- 2) Você já ouviu falar no termo Interseccionalidade?
  - a) Sim ( ) Não ( )
  - b) Onde você ouviu falar?
  - c) O que você acha que seja essa palavra?

3) Você acha que o gênero, a raça ou a classe social interferem no cuidado de enfermagem? Como?

4) Os protocolos que apoiam as consultas de enfermagem consideram o gênero, raça ou classe social dos usuários? Como? Tem algum exemplo?

**APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo/pesquisa intitulado(a) A interseccionalidade e a prática das enfermeiras no campo da Estratégia da Saúde da Família, conduzida por Michelle Adrienne da Costa de Jesus - mestranda Faculdade de Enfermagem/UERJ. Sobre orientação de Dr<sup>a</sup> Sônia Acioli.

Este estudo tem por objetivo Geral: analisar as expressões da interseccionalidade nas consultas de enfermagem, na estratégia da saúde da família, no município do Rio de Janeiro.

E como objetivos específicos: caracterizar os aspectos interseccionais presentes e ausentes na consulta de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família; identificar os protocolos utilizados nas consultas de enfermagem; discutir a presença ou ausência dos aspectos interseccionais nos protocolos utilizados nas consultas de enfermagem.

Você foi selecionado(a) por ser enfermeira da área 2.1 a partir de uma seleção por amostragem estratificadas proporcionais por aleatorização. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Os possíveis riscos em participar desta está pesquisa pode ser considerado de baixo risco de constrangimento, para as enfermeiras, que serão observadas e ou entrevistados, pelo medo de ser avaliada a partir a das suas fragilidades frente a prestação de cuidado interseccional.

Sua participação na pesquisa não é remunerada nem implicará em gastos para os participantes.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva, no qual foram selecionadas 5 unidades de saúde da atenção primária, da área programática 2.1 da cidade do Rio de Janeiro, considerando diversidade do território, da população e que participem do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade PREFC. As enfermeiras serão entrevistadas ou observadas pela autora Michelle Adrienne da Costa de Jesus, em seus ambientes de trabalho.

A entrevista terá no máximo 60 minutos, nas atividades de entrevista a pesquisadora analisará os aspectos interseccionais explorados durante uma consulta e os protocolos clínicos utilizados para seu manejo.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. A entrevista será gravada para posterior transcrição.

O pesquisador responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável/coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável:

Pesquisadora: Michelle Adrienne da Costa de Jesus

Contato: (021) 99428-9313

E-mail: [michelleadrienne05@gmail.com](mailto:michelleadrienne05@gmail.com)

Orientadora: Sonia Acioli

Contato: (021) 99764-1180

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

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br) - Telefone: (021) 2334-2180. O CEP COEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona às segundas, quartas e sextas-feiras, das 10h às 12h e 14h às 16h.

Outra forma de garantir contato com pesquisador responsável comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da Secretária Municipal do Rio de Janeiro: Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar -Centro UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO. Contato telefônico: (21)2215-1485 E-mail: [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br).

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Nome do(a)

participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do(a) pesquisador:

MICHELLE ADRIANNE DA COSTA DE JESUS

**APÊNDICE D – Modelo das Cartas de Anuência****TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL UNIDADE DE SAÚDE**

O/A \_\_\_\_\_ [NOME DA UNIDADE DE SAÚDE EM QUE SE REALIZARÁ A PESQUISA] da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: “A interseccionalidade e a prática das enfermeiras no campo da Estratégia da Saúde da Família” sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) Dr<sup>a</sup> Sonia Aciolli (orientadora) e Michelle Adrienne da Costa de Jesus (Mestranda Faculdade de Enfermagem -UERJ).[NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL E INSTITUIÇÃO A QUAL É FILIADO] Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo. No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição “anuente” tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro,        /        /        .

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

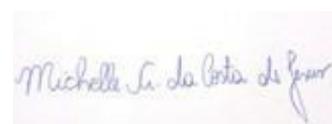
**APÊNDICE E – Orçamento**

<b>IDENTIFICAÇÃO DO ORÇAMENTO</b>	<b>Valor</b>
2 resmas tamanho A4	R\$ 60,00
Itens de papelaria (caneta, corretivo, envelopes)	R\$ 10,00
Impressões	R\$ 200,00
Encadernação e brochura	R\$ 400,00
Computador (pessoal)	R\$ 00,00
Conexão da internet	R\$ 256,00
Gravador digital (pessoal)	R\$ 00,00
Deslocamento	R\$ 1000,00
<b>Total:</b>	<b>R\$ 1.939,00</b>

**Declaração Negativa de Custos**

Rio de Janeiro, 29 de setembro de 2022

Declaramos que esta pesquisa será de financiamento próprio, não ocorrerá custos aos participantes da pesquisa e a Secretária municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ).

## APÊNDICE F – Pseudônimos e suas denominações

<b>Pseudônimos</b>	<b>Mulher</b>
Ademilde	da caminhada, da liberdade, dos sabores e das gargalhadas
Penélope	jovem, ativista, pintora e artista
Wanda	grandioso e louco amor de filha
Nicolai	transformação incompreensível
Adrielly	respiração profunda e olhar atento
Eriene	dona do seu próprio mundo
Joana	de abraço apertado, a mãe preta
Daiana	ingenuidade em um mundo cruel
Niedja	a dor e a perda mudaram a forma de encarar a vida
Marilene	generosidade, preocupação e afeto
Zuleica	caminhada dura em passos leves
Pamela	sorriso largo, para esquecer as mágoas do passado
Janaina	a mulher do perigo, da voz que acolhe
Isabela	perturbações e amarras curadas pelo amor
Gabriela	a frente do seu tempo
Efigênia	aquela que segue a vida pelos olhos do amor
Cabaré	de fortaleza e atitude
Alessandra	na luta forte sobre a bondade

Fonte: autora, 2022

**APÊNDICE G:** Demonstrativo da construção de categorias na análise de conteúdo

DEMONSTRATIVO DA CONSTRUÇÃO DE CATEGORIAS NA ANÁLISE DE CONTEÚDO						
TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Nº U.R	% U.R	CATEGORIAS	Nº DE UR CATEGORIAS	% DE UR CATEGORIAS	CÓDIGOS TEMAS
Acesso, condições de vida e vulnerabilidade social	41	13	Aspectos relevantes do contexto de vida do usuário para o cuidado de enfermagem	108	35	A
Território, rede de apoio e família	23	7				B
Condições de saúde e aspectos clínicos	15	5				C
Escolaridade como base na compreensão das orientações da consulta	7	2				D
Gênero e sexualidade	6	2				E
Raça e cor	4	1				F
Crenças e espiritualidade	2	1				G
Outras	10	3				H
A compreensão da interseccionalidade e seus marcadores sociais para a saúde	88	28	Compreensão e formação das enfermeiras sobre interseccionalidade na saúde	88	28	I
A sinergia das políticas públicas em saúde com a interseccionalidade	40	13	Interseccionalidade nas políticas públicas, nos protocolos de cuidado e na formação enfermagem.	116	37	J
Os desafios do cuidado interseccional e as necessidades de ampliação da discussão nos protocolos de saúde	55	18				K
Os espaços que promovem o aprendizado sobre a interseccionalidade na sociedade e na saúde	21	7				L

	312	100%		312	100%	
--	-----	------	--	-----	------	--

## APÊNDICE H – Síntese das unidades de registro e temas na análise de conteúdo

SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E TEMAS NA ANÁLISE DE CONTEÚDO																							
Categoria	CÓD DA UR	TEMAS/UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO	Penelope	Wanda	Nicolai	Adrielly	Eriene	Joana	Daiana	Niedja	Marilene	Zuleica	Pamella	Janaina	Isabela	Gabriela	Efigenia	Cabaré	Alessandra	Ademilde	TOTAL UR	TOTAL DE ENT	
Aspectos relevantes do contexto de vida do usuário para o cuidado de enfermagem.	1	acesso, condições de vida e vulnerabilidade social	5	5	--	3	2	8	1	2	2	1	1	4	--	3	1	1	1	1	41	16	
	2	território, rede de apoio e família	1	--	--	2	2	1	2	2	2	3	2	--	--	--	3	3	--	--	23	11	
	3	condições de saúde e aspectos clínicos	1	2	1	1	--	--	1	1	2	--	1	--	3	--	--	1	--	1	15	11	
	4	escolaridade como base na compreensão das orientações da consulta	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	1	2	--	--	1	2	--	7	5	
	5	gênero e sexualidade	--	--	--	--	3	--	--	--	--	--	--	--	3	--	--	--	--	--	6	2	
	6	raça e cor	--	--	--	--	1	--	--	--	--	--	--	--	--	2	--	--	--	--	1	4	3
	7	crenças e espiritualidade	--	--	--	--	--	--	--	1	--	--	--	--	--	--	1	--	--	--	2	2	
	8	outras	1	--	--	--	2	2	--	--	--	--	--	--	1	--	1	2	--	1	--	10	8
A compreensão da interseccionalidade e seus marcadores sociais para a saúde	9	A compreensão da interseccionalidade e seus marcadores sociais para a saúde	2	4	4	--	2	2	--	--	1	3	1	9	9	--	20	8	5	18	88	14	

Interseccionalidade nas políticas públicas, nos protocolos de cuidado e na formação enfermagem.	10	A associação das políticas públicas em saúde com a interseccionalidade	6	7	--	--	6	2	3	--	1	--	1	--	8	--	1	2	--	3	40	11
	11	Os desafios do cuidado interseccional e as necessidades da ampliação da discussão nos protocolos de saúde	4	2	1	--	1	3	2	11	1	1	1	7	--	--	5	1	--	15	55	14
		12	Os espaços de promoção do aprendizado da interseccionalidade na sociedade e na saúde	1	1	--	--	5	1	1	--	1	1	1	1	--	--	2	2	--	4	21
		<b>TOTAL</b>	21	21	6	6	24	19	10	17	10	9	9	26	24	4	35	19	9	43	<b>312</b>	--

