

INTERSECÇÕES AFRO-BRASILEIRAS: UMA ANÁLISE DA SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER NEGRA EM PERSPECTIVA COMPARADA BRASIL-MOÇAMBIQUE

Caroline Moreira de Souza¹
Lízia Adriane Freire Ferreira Gomes²

RESUMO

Partindo de uma percepção histórica das Grandes Navegações europeias do século XVI e da colonização afro-americana estabelecida pela Coroa portuguesa naquele período, torna-se lógico apreender que Brasil e Moçambique, mesmo que sejam continentalmente distantes, apresentem histórias de formação social semelhantes, marcadas pela colonização e submissão ao eurocentrismo durante um longo período histórico, que assume reflexos contemporâneos no que diz respeito não somente à cultura racista e patriarcalista enraizada, mas também à perpetuação de desigualdades sociais, pobreza e iniquidade de acesso à saúde pública. Diante disso, urge a análise da questão da maternidade e da saúde materno-infantil da população afrodescendente, em uma análise comparada entre ambos os países, evidenciando a persistente negligência das necessidades femininas no período gestacional, referentes ao cuidado pré-natal e à atenção a condições particulares da etnia afrodescendente. Dessa maneira, o presente trabalho objetiva dissertar acerca da saúde reprodutiva da mulher negra no Brasil e em Moçambique, em uma análise histórico-sociológica comparada e articulada aos conhecimentos epidemiológicos modernos, destacando-se a abordagem da predisposição genética afrodescendente à hipertensão arterial e seus impactos na saúde gestacional com as síndromes hipertensivas da gravidez. Como resultado das análises bibliográficas realizadas, vê-se que há duas formas principais em que a hipertensão arterial pode complicar a gravidez: a pré-eclâmpsia e a hipertensão arterial crônica, e ambas as condições são mais frequentes em mulheres pretas, justificando que essas são mais vulneráveis a complicações do parto, gestação de alto risco e morte materno-fetal. Portanto, prova-se urgente a mobilização em prol da intervenção nesse cenário, a partir do desenvolvimento de pesquisas nesse campo de estudo, da organização de políticas de saúde em prol da prevenção dessa problemática e, sobretudo, por meio da conscientização popular acerca dessa temática que segue pouco abordada, objetivando, enfim, garantir o direito à maternidade digna no Brasil e em Moçambique.

Palavras-chave: Afrodescendência. Hipertensão. Mulher. Saúde Reprodutiva.

AFRO-BRAZILIAN INTERSECTIONS: A COMPARATIVE ANALYSIS OF BLACK WOMEN'S REPRODUCTIVE HEALTH IN BRAZIL AND MOZAMBIQUE

ABSTRACT

Starting from a historical perception of the Great European Navigation of the 16th century and the Afro-American colonization established by the Portuguese Crown in that period, it becomes logical to understand that Brazil and Mozambique, even though they are continentally distant, have similar histories of social formation, marked by colonization and submission to Eurocentrism over a long historical period, which takes on contemporary reflections with regard not only to the deep-rooted racist and patriarchal culture, but also to the perpetuation of social inequalities, poverty and inequity in access to public health. In view of this, there is an urgent need for an analysis of the issue of motherhood and maternal and child health in the Afro-descendant population, in a comparative analysis between both countries, highlighting the persistent neglect of female needs during the gestational period, regarding prenatal care and attention to particular conditions of the Afro-descendant ethnic group. Thus, the present work aims to discuss the reproductive health of black women in Brazil and Mozambique, in a historical-sociological analysis compared and articulated with modern epidemiological knowledge,

¹ Estudante do primeiro período de Medicina na Universidade Federal do Maranhão (UFMA). E-mail: carolinemoreiradesouza05@gmail.com

² Pós-graduada em Letras pela Universidade Federal do Maranhão.

highlighting the approach to Afro-descendant genetic predisposition to high blood pressure and its impacts on gestational health with hypertensive syndromes of pregnancy. As a result of the bibliographical analyses carried out, it is seen that there are two main ways in which high blood pressure can complicate pregnancy: pre-eclampsia and chronic high blood pressure, and both conditions are more frequent in black women, justifying that these are more victims of childbirth complications, high-risk pregnancies and maternal-fetal death. Therefore, mobilization in favor of intervention in this scenario is urgent, based on the development of research in this field of study, the organization of health policies in favor of preventing this problem, and, above all, through popular awareness about this problem. This is a problem that remains little addressed, with the aim of ultimately guaranteeing the right to dignified motherhood in Brazil and Mozambique.

Keywords: Afro-descent. Hypertension. Woman. Reproductive Health.

Data de submissão: 12.04.2024

Data de aprovação: 25.09. 2024

INTRODUÇÃO

A cronologia de formação da sociedade brasileira, que remonta ao período colonial decorrente das Grandes Navegações europeias e a ascensão do imperialismo no século XVI, reflete o caráter heterogêneo e múltiplo da sua população hodierna, como resultado da miscigenação étnica de povos americanos originários, europeus colonizadores e africanos escravizados durante esse período histórico. De forma análoga à conhecida narrativa brasileira, os portugueses chegaram a Moçambique em 1498, instalando a efetiva administração colonial três anos mais tarde e, após a partilha da África pelas potências europeias durante a Conferência de Berlim em 1885, a penetração portuguesa em Moçambique, enfim, assumiu a forma de ocupação militar, consolidando a efetiva administração colonial. Após um período de 10 anos em guerra de libertação, Moçambique finalmente conquistou sua independência em 1975.

Esse período colonial, caracterizado pela predominância das teorias do determinismo social e do racismo científico como justificativas do regime escravocrata, assumiu expressivos contornos no que diz respeito à cronológica marginalização da supracitada etnia africana, denunciada no transporte forçado as terras distantes, inclusive as brasileiras, em condições subumanas de sujeição, submetendo-os ao trabalho forçado e restringindo seu acesso à cidadania e às condições de vida digna.

Por esse motivo, torna-se nítido que a herança comum desses países é intrinsecamente histórica, e assume reflexos contemporâneos não somente na cultura, mas também na economia, na demografia, na etnografia e na saúde coletiva de ambas as populações. Como consequência direta dessa construção histórica, verifica-se, nos contextos brasileiro e moçambicano hodierno, a persistência de entraves concernentes à desigualdade de acesso ao atendimento à saúde, em especial às mulheres.

Desse modo, torna-se primordial a abordagem da questão da maternidade na população negra e afrodescendente no Brasil e na população moçambicana, realizando análises interseccionais entre os cenários de ambos os países, denunciando a cronológica negligência das necessidades femininas no período gestacional, como as condições de higiene e alimentação adequadas, além do atendimento pré-natal e a comodidade no trabalho de parto, ao longo dos séculos, demonstrando que essa problemática transpassa a questão da saúde reprodutiva e também assume contornos sanitário-sociais.

Sob essa ótica, traz-se luz a uma temática que ressoa tanto em território brasileiro quanto no moçambicano, mas segue sem devida intervenção e atenção clínica: as síndromes hipertensivas da gravidez e seus impactos na saúde materna e fetal, que constituem o cerne do presente trabalho. Assim, realizar-se-á uma abordagem que mescla a compreensão

socioeconômica de ambos os países, por meio de intersecções e diferenciações, e a análise clínica de uma problemática recorrente, por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente e na população moçambicana.

Dessa maneira, o presente trabalho tem como principal objetivo a contemplação da questão da saúde reprodutiva da mulher negra no Brasil e em Moçambique, em uma abordagem histórico-sociológica, decolonial e articulada aos conhecimentos epidemiológicos modernos, destacando-se a análise das teorias acerca da predisposição genética africana e afrodescendente à hipertensão arterial e seus impactos na saúde gestacional.

Ademais, tem-se como finalidade a validação da relevância dessa temática de pesquisa e de sua consequente intervenção sanitária em ambos os países, reafirmando a necessidade de políticas de saúde mais expressivas e específicas à parcela social preta e do gênero feminino nos diretórios nacionais de saúde, nos âmbitos de prevenção e conscientização, objetivando, enfim garantir-lhe o direito à maternidade digna.

Quanto à metodologia, o estudo em questão é bibliográfico, de abordagem qualitativa interpretativa. Consistiu em descrever, caracterizar e analisar informações sobre a cronologia da saúde reprodutiva da mulher negra no Brasil e em Moçambique, a partir de uma perspectiva decolonial, visando identificar as atuais problemáticas enfrentadas e as políticas públicas vigentes em prol dessa população vulnerável.

1 AMBIENTAÇÃO HISTÓRICA COMPARADA

Para compreender as origens da intersecção da saúde reprodutiva da mulher negra nas populações afrodescendente brasileira e moçambicana, em uma abordagem sócio-epidemiológica efetiva, faz-se necessário remontar ao período pré-colonial: Antes do século XV, o conhecimento europeu sobre os oceanos e a configuração do planeta era escasso e repleto de imprecisões, com um imaginário fortemente influenciado por lendas e crenças religiosas. A principal fonte de informação, naquele período, consistia nos relatos dos gregos antigos, que desde a Antiguidade “viajavam pelos mares e contavam aquilo que haviam visto em histórias fabulosas, cheias de mitos e seres maravilhosos e monstruosos” (Souza, 2007). Em adição a essas narrativas homéricas, somavam-se as concepções inerentemente europeias, indubitavelmente influenciadas e enraizadas na fé cristã.

Segundo Souza (2007), nesse contexto histórico, acreditava-se que o mundo era composto por três continentes — Europa, Ásia e África —, separados por corpos d'água estreitos e rios como o Ganges, Eufrates, Tigre e Nilo, e que um vasto e perigoso oceano, habitado por monstros temíveis, circundava estas terras. Dessa maneira, torna-se nítido que esse medo, em simultâneo à falta de tecnologia de navegação adequada e embarcações seguras, representavam as principais limitações às expedições marítimas europeias a áreas costeiras próximas.

No entanto, no final do século XV, os europeus começaram a explorar os segredos dos mares, impulsionados por motivações econômicas, políticas e religiosas, bem como pelo próprio encanto que o oceano exercia sobre eles, de modo que a Coroa portuguesa foi pioneira no cenário das Grandes Navegações e da colonização americana e africana. Giselle Gonçalves (2021), em sua dissertação de mestrado, aponta quatro principais motivos para inspiração e o pioneirismo português: o fervor nas Cruzadas contra os muçulmanos de Marrocos; o desejo de apoderar-se do ouro da Guiné; a procura por Prestes João, uma figura simbólica e mitológica em confluência com os lendários cristãos de São Tomé; e a busca por especiarias orientais e novas rotas para as Índias.

A partir disso, sob a ótica do encontro português com as populações americana e africana originárias, desenvolveu-se um hostil processo de dominação e sobreposição cultural, sustentado pela prevalência de teorias pseudocientíficas como o darwinismo social, cujo

pressuposto seria a subdivisão da espécie humana em diferentes “raças”, conforme o seu suposto “nível evolutivo”. Assim, fez-se uso de teorias biológicas sob o contexto social de forma imprópria, como justificativa para a prática da colonização, que, para Maria Paula Menezes (2018, p.1), “simboliza, enquanto sistema de negação da dignidade humana, um imenso espaço-tempo de sofrimento, opressão, resistência e luta, aquilo que hoje é designado de sul global”.

Acerca disso, cita-se a obra “Os Estabelecidos e os Outsiders”, de Norbert Elias e John L. Scotson (2000), que explora as dinâmicas de poder e exclusão em uma fictícia comunidade pequena na Inglaterra. Assim, embora o livro não trate diretamente do imperialismo português, é possível correlacionar os conceitos discutidos nesse material com as práticas portuguesas do século XVI, como a criação de hierarquias sociais e a marginalização de “outsiders” em territórios colonizados. Essa analogia, aplicável em colônias portuguesas, como Brasil e Moçambique, demonstra que os portugueses, sob a posição de colonizadores, reverteram o seu papel de “outsiders” recém-chegados em um território desconhecido até assumirem o papel de “estabelecidos”, detendo o poder e o controle sobre os recursos, enquanto os povos nativos se tornaram os “outsiders”, sofrendo marginalização e exploração.

Dessa maneira, torna-se nítido que, durante o imperialismo, os colonizadores impuseram sua cultura, língua e religião, sob a justificativa de serem “superiores”, justificando seu domínio a partir da supracitada teoria do determinismo social e impondo sua soberania através da coerção física e das guerras. Como consequência dessa relação desigual, instaurou-se o modelo colonial, marcado pela submissão da colônia americana, asiática ou africana à metrópole europeia, e o regime escravista, caracterizado pela dominação da população preta e afrodescendente e pela desvalorização de sua condição humana.

Diante disso, cita-se o Brasil como uma conhecida colônia portuguesa na América Latina, com dimensões continentais e importante relevância histórica e econômica no contexto geopolítico até a atualidade. O contexto colonial brasileiro, no que concerne à intersecção de sua cronologia à narrativa da população afrodescendente, remonta ao período do comércio transatlântico de pessoas de origem africana sob a condição de escravizados e o seu traslado às Américas, processo cuja desumanização não pode ser ignorada, desde sua venda sob condição de mercadoria até à viagem marítima em condições degradantes, denunciadas pela superlotação do espaço de acomodação e pela carência de cuidados com a sua higiene e alimentação.

Pertinente a esse contexto, direciona-se o foco à mulher negra no período escravista, cuja atividade característica era o trabalho de criação e cuidado, termo que engloba os serviços orientados à satisfação de necessidades físicas ou psicológicas de terceiros, bem como à promoção da criação e do desenvolvimento de crianças e jovens, sendo representado, no contexto colonial, pelas ditas “amas de leite”, responsáveis pela amamentação, cuidado e criação da prole de seus patrões e orientadas a priorizá-los em detrimento aos próprios filhos. Assim, torna-se nítido que as condições sociais e de saúde da época eram extremamente adversas para a continuidade da população negra no Brasil. Diante disso, o aborto e o infanticídio surgiram como métodos de resistência das mães contra a perpetuação da escravidão que seus filhos herdariam, refletindo a luta contra um sistema opressivo e a busca por autonomia em um contexto de extrema repressão e desumanização.

Em contrapartida, em Moçambique, até a segunda metade do século XIX, a ocupação oficial portuguesa em território nacional limitava-se às poucas capitanias ao longo da costa, de maneira que o avanço ao interior do país deu-se pela movimentação de comerciantes informais de ouro, de marfim e de escravos. Contudo, com a abolição da escravatura, em 1875, o governo colonial viu-se obrigado a transformar Moçambique de uma colônia de exploração mineral em um território produtor de bens de consumo, para o abastecimento da metrópole. Por esse motivo, fez-se necessária a organização de uma administração produtiva e tributária efetiva,

também ratificada pelas pressões internacionais decorrentes da Conferência de Berlim e das ameaças de invasão territorial dos britânicos e holandeses.

Durante esse período colonial moçambicano, as condições de acesso da população nativa à saúde pública também eram extremamente negligenciadas: Carolina Morais (2020) denuncia que “o acesso das populações de Moçambique, os chamados indígenas, aos Serviços de Saúde da Colônia foi cerceado por questões sociais, raciais e mesmo pela pouca estrutura física que estes Serviços possuíam”. De fato, os hospitais centrais da colônia, segundo a autora, eram segregados em enfermarias para europeus e enfermarias para indígenas, com “claras diferenças de estrutura entre estas enfermarias”. Essa diferenciação dá-se pela percepção da visão europeia dos povos originários africanos puramente como força de trabalho, de modo que o investimento na sua saúde não era considerado uma atitude de boa governança, empatia ou humanidade, mas sim uma estratégia de investimento no retorno econômico da colônia.

Esse documento de Morais (2020), ao discorrer sobre as principais políticas de saúde implementadas pelo Estado Colonial Português em Moçambique durante o período de 1933 a 1975, denuncia o limitado acesso aos Serviços de Saúde daquele período, além das condições de saúde precárias e as intensas disparidades de gênero enfrentadas nesse período. Dessa maneira, torna-se lógico assumir que as mulheres grávidas em Moçambique podem ter enfrentado dificuldades para receber cuidados pré-natais adequados e assistência durante o parto, como resultado não somente das disparidades de gênero e etnia no acesso aos cuidados de saúde no período colonial, mas também por influência da ideologia da "missão civilizadora portuguesa", com foco na gestão da reprodução das mulheres indígenas para atender às necessidades de mão de obra, em vez de garantir o bem-estar materno e infantil.

Portanto, mediante a análise comparada de ambas as colônias portuguesas, denuncia-se uma intersecção na problemática da invisibilidade da saúde reprodutiva das mulheres negras e pardas nos territórios brasileiro e moçambicano ao longo da história, para além das semelhanças históricas na discriminação étnica e na exploração de riquezas minerais, vegetais e humanas, em uma problemática que, indubitavelmente compromete a perpetuação da memória coletiva desse povo, como resultado de uma colonização insidiosa cujos reflexos assumem contornos contemporâneos.

2 REFLEXOS CONTEMPORÂNEOS NO ÂMBITO DA SAÚDE DA MULHER PRETA

Por conseguinte, no Brasil contemporâneo, a partir da perspectiva da propagação do mito da democracia racial — uma ideologia difundida por Gilberto Freyre que rejeita a presença do racismo no Brasil moderno — e a subsequente manutenção da crença de que os conflitos raciais no país foram resolvidos com o fim da escravidão, torna-se evidente a continuidade, na mentalidade popular brasileira, da recusa em reconhecer seu caráter fundamentalmente racista, uma vez que essa visão ignora as complexidades das dinâmicas raciais e as desigualdades que persistem, privando uma parcela populacional de seus direitos fundamentais.

Dessa maneira, as discussões sobre negritude e a urgência de políticas sociais voltadas para a população negra são ainda muito limitadas e superficiais, sendo frequentemente mal interpretadas como formas de segregação da identidade racial no Brasil, o que intensifica as desigualdades raciais no país. Consequentemente, verifica-se a continuidade da invisibilidade dos problemas de saúde da mulher negra, moldados pela discriminação que cruza as barreiras étnico-raciais e de gênero, e pela tendência de associar essas mulheres a tarefas domésticas e ao cuidado com os filhos, interpretados como aspectos intrínsecos ao seu gênero.

Ainda acerca do cenário brasileiro, o artigo elaborado por Luís Eduardo Batista, Rosana Batista Monteiro e Rogério Araújo Medeiros em 2013, descrevendo ciclo de estudos epidemiológicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra, realizados pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo nos anos de 2003 a 2010, tornam

essa desigualdade étnica inegável: segundo os dados levantados, a população negra apresenta os piores indicadores sociais, além de possuir menor nível de escolaridade e renda, menor acesso à saúde e serviços sociais, condições mais precárias de moradia, e estar inserida em piores posições de trabalho.

E, no que concerne às perspectivas de saúde pública, essa condição histórica assume contornos contemporâneos à medida que, apesar do rico arcabouço brasileiro de garantia da saúde pública gratuita, constituído pelo Sistema Único de Saúde, ainda se pode denunciar a carência de programas de saúde específicos para esse grupo étnico e sua parcela feminina, a despeito de suas necessidades particulares concernentes à atenção à saúde.

Já em Moçambique, também se notam avanços graduais na garantia da saúde materna e fetal: apesar de ser um país com elevado nível de pobreza, as políticas públicas de Moçambique, nas últimas duas décadas, expressam medidas que objetivam o pleno acesso aos cuidados de saúde. A exemplo disso, cita-se o Plano Estratégico do Setor da Saúde (PESS I: 2001-2005), no qual uma das intervenções prioritárias foi a saúde materna e infantil.

O objetivo nesta área foi orientado para a redução da mortalidade materna através da expansão e utilização de informações básicas e abrangentes aos cuidados obstétricos essenciais. As intervenções incluíram medidas preventivas, como planejamento familiar, assistência pré-natal e assistência pós-parto. Após a aprovação do Plano Estratégico do Setor da Saúde pelo governo central, o Ministério da Saúde de Moçambique aprovou sua primeira estratégia nacional para reduzir a mortalidade materna em 2001. (INÁCIO, 2021).

Contudo, de maneira similar ao contexto brasileiro, as iniquidades no acesso e na utilização dos serviços de saúde em Moçambique comprometem significativamente a promoção de saúde no país, com destaque às mulheres grávidas. Acerca disso, cita-se o material elaborado por Makanga et al. (2017), que demonstra, por meio de estatísticas levantadas pelos autores, os impactos dos aspectos geográficos ao acesso espaço-temporal aos cuidados de saúde. De acordo com os dados apresentados, comprova-se que muitas gestantes da África Subsaariana têm dificuldades de atendimentos obstétricos, sendo o fator climático, devido a inundações ou altas temperaturas, um obstáculo na procura de atendimento pré-natal e obstétrico para aquelas que vivem em regiões mais afastadas dos centros de saúde.

Segundo o Inquérito Demográfico de Saúde de Moçambique (MISAU, INE & ICFI, 2013), “dar à luz na África Subsaariana, incluindo Moçambique, ainda constitui um elevado risco da mortalidade e morbidade associadas com os partos” (p. 122). Nesse documento, são explicitadas as principais causas de óbito materno, dentre as quais se destacam os abortos clandestinos, a eclampsia, a hemorragia, a anemia, as infecções puerperais e o trabalho de parto obstruído.

No que concerne à cobertura de ambos os sistemas de saúde pública no que tange à saúde reprodutiva da mulher negra, faz-se mister considerar as estruturas institucionais de cada país, suas políticas de saúde pública e os desafios específicos que essa população enfrenta. No território brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) destaca-se como um modelo universal, que visa garantir acesso gratuito e integral à saúde para toda a população, incluindo programas específicos voltados para a saúde da mulher, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que tem foco no auxílio a grupos vulneráveis, incluindo mulheres negras, especialmente no que diz respeito à atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério.

Acerca dessa temática, o artigo de Meira e Oliveira (2023) destaca que, apesar de avanços como o PAISM, as mulheres negras ainda enfrentam barreiras significativas no acesso a serviços de saúde adequados e culturalmente sensíveis: para as autoras, a falta de representatividade e a invisibilidade nas campanhas de saúde pública, indubitavelmente, perpetuam estigmas e desinformação sobre direitos reprodutivos. Além disso, a regulamentação da esterilização cirúrgica e a necessidade de uma abordagem interseccional que considere raça,

classe e gênero são defendidas como fundamentais para a formulação de políticas eficazes, que promovam a equidade e garantam que as vozes das mulheres negras sejam ouvidas e suas necessidades atendidas de forma integral.

Apesar dos diversos desafios infraestruturais, logísticos, organizacionais e financeiros enfrentados pelo sistema de saúde pública brasileiro, o sistema de Moçambique enfrenta limitações mais expressivas relacionadas à infraestrutura, financiamento e distribuição de profissionais de saúde, particularmente em áreas rurais, de modo que programas voltados para a saúde reprodutiva da mulher são frequentemente apoiados por organizações internacionais, como o Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), que colabora com o governo moçambicano para a implementação de iniciativas que promovem o acesso à educação sexual e aos serviços de saúde materna.

Além disso, a análise bibliográfica comparada de materiais que tratam a saúde materna como um fenômeno multidimensional permite a inferência da convergência da influência de desigualdades estruturais na questão da saúde reprodutiva da mulher negra. No Brasil, conforme discutido por Thais Costa Bento (2024), as mulheres negras em situação de vulnerabilidade socioeconômica têm uma percepção de saúde e autocuidado que vai além do aspecto biomédico, englobando uma visão integral da saúde, de modo que há uma crescente conscientização entre esse grupo social sobre o autocuidado em saúde reprodutiva, o que reflete uma resistência histórica às opressões raciais e de gênero, apesar de um sistema de saúde universal. Já em Moçambique, a educação sexual na região rural do sul do país, conforme apontado no trabalho de Nhavenge-Timbane (2022), revela que as mulheres enfrentam barreiras tanto educacionais quanto culturais, muitas vezes exacerbadas pela pobreza e pela distância dos serviços de saúde, o que compromete o acesso pleno ao direito universal à saúde plena.

Ademais, no país africano, conforme destacado por Reis-Muleva et al. (2021), a assistência pré-natal ainda enfrenta limitações consideráveis, dado que seu estudo revela que apenas 39,9% das puérperas iniciaram o pré-natal até a 16ª semana de gestação, e 49,1% realizaram quatro ou mais consultas., valores aquém das recomendações vigentes no país, indicando uma necessidade urgente de melhorias no sistema de saúde. Para a autora, os principais motivos para esses baixos números remontam à falta de percepção da importância das consultas, ao difícil acesso aos centros de saúde, ao desconhecimento da gravidez e à ausência de um acompanhante para as consultas, de modo que a educação sexual desponta como estratégia crucial para a reversão desse cenário, em sua perspectiva.

Diante disso, nitidifica-se a relação existente entre saúde e desenvolvimento econômico nas ex-colônias portuguesas Moçambique e Brasil, que sofrem com os reflexos contemporâneos de uma colonização insidiosa e, apesar de apresentarem um crescimento econômico importante, as condições de vida e de saúde das populações ainda são precárias e a melhoria de sua saúde continua a ser uma meta difícil de ser atingida, como resultado de iniquidades sociais acentuadas e de origem histórica entre as regiões dos países.

Em adição, traz-se luz à temática dessa pesquisa como mais um ponto de convergência entre os países: a saúde reprodutiva da mulher negra e a recorrência de complicações decorrentes de síndromes hipertensivas da gravidez e eclampsia. Por isso, torna-se impostergável a análise específica da recorrência da hipertensão arterial nessa população-alvo, realizando uma análise clínica da condição e pontuando as principais teorias elaboradas nesse âmbito.

3 A PREDISPOSIÇÃO AFRODESCENDENTE À HIPERTENSÃO ARTERIAL

Nessa via, segundo o “Manual de Doenças Mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira afrodescendente”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2001, há enfermidades, como a anemia falciforme, a deficiência de 6-glicose-fosfato-desidrogenase, a

hipertensão arterial, a doença hipertensiva específica da gravidez e a diabetes mellitus, que são mais frequentes na população negra, por fatores étnicos e genéticos.

Assim, destaca-se a hipertensão arterial como uma enfermidade que merece maior atenção nessa enumeração. A definição clínica dessa afecção dá-se pelo auferir de pressão sanguínea sistólica maior que 140 mmHg e diastólica maior que 90 mmHg, registrada em pelo menos dois momentos com 6 h de intervalo entre as medidas. Tal informação significa, em termos simplificados, pelos níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias, o que exige maior esforço do coração para o bombeamento sanguíneo, levando-o à fadiga. Essa condição, quando crônica, é incurável, necessitando detecção e tratamento precoces, para prevenção de lesão em órgãos-alvo e consequentes complicações, como infartos, derrames e insuficiência renal.

Ademais, segundo os dados levantados pelo Ministério da Saúde brasileiro para a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2017), a doença atinge de 10% a 20% dos adultos no Brasil, e é a causa direta ou indireta de 12% a 14% de todos os óbitos do país. Esse documento faz coro ao supracitado ao listar a hipertensão arterial como uma das doenças genéticas ou hereditárias mais comuns da população negra no Brasil.

A compreensão do porquê da maior relevância e recorrência da hipertensão arterial na população afrodescendente brasileira requer, novamente, uma análise multidisciplinar, convergindo as análises histórico-sociológicas com as descobertas epidemiológicas. Acerca disso, Beatriz Zolin (2023), por meio do Portal Drauzio Varella, ratifica que a prevalência de hipertensão arterial é estatisticamente superior entre os brasileiros negros em comparação aos brancos, e propõe que tal disparidade pode ter raízes que remontam ao histórico escravista da formação social brasileira. Nesse material disponibilizado em meios eletrônicos, apresentam-se teorias sobre a predisposição da população afrodescendente em reter mais sal em seu organismo, recorrendo a explicações de âmbito geográfico e histórico.

Uma interpretação inicial apresentada pela autora sugere que a ancestralidade africana, uma área notória por seu clima quente e escassez de sal, contribuiu para a evolução da habilidade de conservar sódio no corpo. Esta adaptação, um produto da seleção natural proposta por Charles Darwin, teria se desenvolvido ao longo de várias décadas como um mecanismo vital de sobrevivência. Outra teoria explicativa é apresentada por Póvoa (2020), em um minieditorial de cardiologia acerca da hipertensão arterial, que cita um dito costume inglês de *lamber o suor dos africanos* como um mecanismo de seleção natural para os indivíduos escravizados. A ideia era escolher aqueles que retinham mais sal no organismo, permitindo-lhes sobreviver à desidratação e à escassez de alimentos a que eram submetidos durante o traslado oceânico e a jornada de trabalho em território brasileiro. Ainda segundo Póvoa (2020),

Estima-se que a hereditariedade contribua de 40% a 50% da patogênese da hipertensão, mas pouco se sabe de sua arquitetura genética na identificação de *loci* de genes responsáveis pela elevação pressórica. Os afrodescendentes americanos apresentam índice de renina e aldosterona mais baixo que os brancos para o mesmo nível de ingestão de sódio. A sensibilidade ao sal é um fenótipo mais comum em negros, e muito relacionada a resposta pressórica com a variação da ingestão de sódio, mesmo naqueles com baixo índice de renina e aldosterona.

Desse modo, vê-se que, em ambas as abordagens explicativas, há a convergência na percepção de que os afrodescendentes em território nacional possuíam essa predisposição acentuada à retenção de sal, e, uma vez no Novo Mundo, com o excesso de sódio na alimentação, esses negros escravizados tornaram-se suscetíveis à hipertensão.

Porém, cumpre analisar sobre as teorias que remontam ao continente africano e a Moçambique com maior profundidade: Laura Aguiar et al. (2019) elaboraram um trabalho científico experimentalista de análise das diferenças genótípicas entre o sudoeste da Europa e África, realizando um estudo com objetivo de comparar a frequência genotípica em genes

propostos como potenciais moduladores da hipertensão arterial: sintase do óxido nítrico endotelial (eNOS), glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD), alfa-globina (HBA) e enzima conversora da angiotensina (ECA).

Esse artigo científico afirma que a análise genética revela variações significativas entre as populações de Portugal e de regiões africanas em relação aos genes e condições genéticas analisados: o estudo indica que o alelo 4a do gene eNOS é menos frequente em Portugal, enquanto alelos raros como 4c, 4d e 4y são exclusivos da África. Além disso, o alelo G do gene G6PD e a deleção α -talassêmica de -3,7kb são mais comuns em populações africanas. Não foram observadas diferenças notáveis no gene ECA.

A partir dessa análise técnica do genoma de maneira comparada, ratifica-se o que já havia sido afirmado quanto às disparidades genômicas para a predisposição à hipertensão arterial, e essas descobertas sugerem que tais adaptações genéticas podem estar relacionadas com diferentes pressões seletivas proporcionadas pelos diferentes climas no sudoeste da Europa e na África equatorial e subequatorial.

Trazendo foco à população moçambicana, cita-se a dissertação de Mestrado em Nutrição Clínica de Artur Fernando dos Santos (2017), que inicia sua argumentação afirmando que um a cada três adultos em Moçambique sofrem de hipertensão arterial. O texto aponta que a ingestão excessiva de sódio é um fator de risco conhecido para várias condições de saúde, incluindo hipertensão arterial, que, por sua vez, aumenta o risco de doenças cardiovasculares.

Em Moçambique, a falta de diretrizes específicas para o conteúdo de sódio em alimentos processados, como o pão, é uma preocupação, especialmente considerando a alta prevalência de hipertensão arterial no país. Por isso, Arthur dos Santos (2017) defende ser essencial não apenas monitorar o consumo de sal pela população moçambicana, mas também entender os conhecimentos e comportamentos relacionados ao consumo de sal para efetivamente controlar sua ingestão.

Nesse trabalho, realizou-se um estudo transversal de uma amostra representativa da população Moçambicana de 3.116 participantes com idades entre 15 a 64 anos, realizado entre dezembro de 2014 e fevereiro de 2015.

Os resultados mostraram que 7,4% dos participantes reportaram uma percepção de consumo excessivo de sal e 16,5% referiram que consumiram alimentos ricos em sal muitas vezes/sempre. A proporção de indivíduos que relataram a adição de sal ou temperos salgados muitas vezes/sempre em comida já pronta ou durante a sua preparação foi de 25,9% e 61,4%, respectivamente. (DOS SANTOS, 2017, p. 22)

Dessa maneira, a pesquisa citada indica que, embora a população de Moçambique esteja, em maioria, informada sobre os riscos associados ao alto consumo de sal, ainda há uma discrepância entre o conhecimento e a prática pessoal. A maioria populacional, como defendido pelo autor, não percebe seu próprio consumo como excessivo, o que resulta em uma baixa adoção de medidas para moderar a ingestão de sal. Este estudo também destaca a transição nutricional e epidemiológica em curso no país, impulsionada pela urbanização e globalização aceleradas. Isso é evidente no comportamento alimentar e no estado nutricional, especialmente entre a população com mais acesso à informação, que tende a consumir alimentos fora de casa e a preferir alimentos prontos para consumo, conhecidos como "Take-Away". Por isso, dos Santos (2017, p.30), defende que

O que caracteriza a semelhança na prevalência de hipertensão em Moçambique (31,4%), em comparação com alguns países do continente africano, que variam de 29,7% nos Camarões e 47% na África do Sul e demais países em desenvolvimento, é o seu baixo nível de consciência (apenas 5%) e, conseqüentemente, baixo nível de controle.

Contudo, vale ressaltar que essa problemática da falta de consciência individual no consumo de sódio em Moçambique faz coro ao cenário brasileiro e denuncia, acima de tudo, uma carência de acesso às plataformas de saúde pública no nível de atenção primária, que corresponde à conscientização em prol da prevenção de enfermidades. Com isso, ratificam-se os impactos das disparidades de acesso ao sistema de saúde pública no que concerne à hipertensão arterial nos dois países. Por conseguinte, cumpre abordar os impactos dessa problemática na questão da saúde materna e fetal, à luz da hipertensão arterial induzida pela gravidez como um impasse de saúde reprodutiva comum aos dois países analisados.

4 SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ

O "Manual de Doenças Mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira Afrodescendente" de 2001 detalha significativamente as complicações de saúde em um segmento intitulado "Síndromes Hipertensivas da Gravidez", trazendo visibilidade a uma questão da saúde reprodutiva da mulher negra que é pouquíssimo explorada. O texto indica que a gravidez pode ser afetada adversamente pela hipertensão arterial de duas maneiras principais: através da pré-eclâmpsia e da hipertensão crônica.

Hipertensão arterial crônica se refere à hipertensão de qualquer etiologia (primária, em 90% dos casos), que está presente antes da gravidez ou da vigésima semana de gestação. A denominação "crônica" é utilizada meramente para fazer oposição semântica à natureza súbita e reversível da pré-eclâmpsia. Pré-eclâmpsia, ou doença hipertensiva específica da gravidez, é uma doença hipertensiva peculiar à gravidez humana, que ocorre principalmente em primigestas após a vigésima semana de gestação, mais frequentemente próximo ao termo. Envolve virtualmente cada órgão e sistema do organismo e é a principal causa de morbidade e de mortalidade, tanto materna quanto fetal. (BRASIL, 2001).

Dessa maneira, vê-se que a hipertensão gestacional é um relevante fator de risco cardiovascular, especialmente na população preta e afrodescendentes, e tem implicações significativas para a evolução da gravidez, o que remonta à temática do presente trabalho: a análise dos desafios pós-modernos à maternidade e à saúde reprodutiva da mulher negra no Brasil e em Moçambique. Assim, nota-se que, em simultâneo às conhecidas problemáticas sociais-sanitárias fundamentadas na disparidade de condições socioeconômicas nos países estudados e denunciadas na inacessibilidade do atendimento à saúde à população mais pobre, no racismo institucional e na invisibilidade dos entraves femininos no período da gestação, verifica-se um desafio clínico concernente à saúde reprodutiva que segue inexplorado.

No Brasil, a Política Nacional de Saúde da População Negra (2017) alertava para a disparidade étnico-racial: conforme os dados notificados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do total de 1.583 mortes maternas em 2012, 60% eram de mulheres negras e 34% de brancas (MS/SVS/CGIAE). Contudo, esses números não podem ser atribuídos puramente às pré-disposições genéticas: a mesma pesquisa afirma que a proporção de mulheres que realizaram pré-natal e que tiveram orientação sobre sinais de risco na gravidez foi de 75,2% entre a população de mulheres, sendo que, entre as brancas, 80,8% receberam essa orientação, enquanto 66,1% das pretas e 72,7% das pardas receberam essa mesma informação.

Esses dados, apesar de generalizados, fornecem base para uma dedução quanto à invisibilidade da problemática da hipertensão induzida pela gestação na população preta, denunciando a persistência de desafios crônicos concernentes à iniquidade de acesso ao atendimento pré-natal e ao diagnóstico precoce de complicações como a pré-eclâmpsia.

Analogamente, em Moçambique, denuncia-se a persistência dos índices elevados de mortalidade materna: segundo Cau e Arnaldo (2013), a década de 2010 foi marcada pela morte de 408 mulheres a cada 100000 nascimentos, devido a causas maternas, dentre as quais se

destacam a rotura uterina, a hemorragia pós-parto e a pré-eclâmpsia severa/eclâmpsia. Ao enumerar os principais fatores que justificam essa alta mortalidade no país – a saber, a falta de uso dos serviços pré e pós-natais, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, os casamentos e gravidez precoces e o baixo uso dos serviços de planejamento familiar – denunciam uma lacuna de atenção do sistema de saúde local ao setor da saúde materno-infantil.

Outro estudo, realizado em 2016, volta-se para as percepções da comunidade sobre pré-eclâmpsia e eclâmpsia no sul de Moçambique, objetivando compreender sobre o conhecimento popular acerca dessa complicação tão recorrente no período de gestação, nas províncias de Maputo e Gaza, no sul de Moçambique. Esse trabalho denuncia outro desafio para a superação da problemática: os resultados do trabalho de campo mostraram que as crenças locais no sul de Moçambique, relativamente às causas, apresentação, resultados e tratamento da pré-eclâmpsia e eclâmpsia não estavam alinhadas com a perspectiva biomédica.

As condições de “pré-eclâmpsia” e “eclâmpsia” não eram conhecidas nestas comunidades; no entanto, os participantes estavam familiarizados com hipertensão e convulsões na gravidez. Termos ligados ao conceito biomédico de pré-eclâmpsia eram “hipertensão”, “desmaios”, “doenças do coração”, enquanto “doenças da lua”, “doença da cobra”, “doença da queda”, “doença da infância”, “doença dos sustos” e “epilepsia” foram utilizadas para caracterizar a eclâmpsia. Acreditava-se que as causas da hipertensão durante a gravidez incluíam maus-tratos por parte dos sogros, problemas conjugais, e preocupação excessiva. Acreditava-se, também, que as convulsões durante a gravidez eram causadas por uma cobra que vivia dentro do corpo da mulher. Os sinais de alerta considerados comuns a ambas as condições foram dor de cabeça, dor no peito, fraqueza, tontura, desmaios, sudorese e pés inchados. (BOENE et al., 2016).

Diante disso, torna-se nítido, novamente, que a conscientização sobre a temática é um consenso entre estudiosos como estratégia crucial para a prevenção de doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial, que representa um desafio significativo para a saúde pública materno-infantil em Moçambique, percepção que também pode ser aplicada em território brasileiro. A falta de consciência coletiva sobre o alto consumo de sódio, sobre a pré-eclâmpsia e sobre a eclâmpsia é exacerbada pela carência de acesso a plataformas de saúde pública eficientes, especialmente no nível de atenção primária. Esta lacuna na educação para a saúde contribui para as disparidades observadas no acesso ao sistema de saúde pública, impactando diretamente a gestão das síndromes hipertensivas da gravidez, comprometendo a saúde tanto materna quanto fetal.

Dessa maneira, ratifica-se que a hipertensão arterial, seja na sua forma crônica ou na pré-eclâmpsia, representa um risco significativo de mortalidade materna ou de desafios na evolução fetal, que aumentam o risco de parto prematuro, baixo peso ao nascer e morte fetal. Dentre essas complicações que podem ser enfrentadas, citam-se: o descolamento prematuro da placenta, rompendo a ponte entre a circulação sanguínea da mãe e do feto e, conseqüentemente, comprometendo o acesso do feto ao oxigênio molecular e aos nutrientes essenciais; a eclâmpsia, que consiste no acometimento de convulsões, confusão mental, perda de consciência ou coma materno; e a síndrome de HELLP, caracterizada pela hemólise, pela elevação das enzimas hepáticas e pela baixa contagem de plaquetas (Angonesi e Polato, 2007).

Diante dessa problemática, o sistema de saúde pública brasileira desenvolveu a “Diretriz Clínica para Prevenção, Diagnóstico e Manejo de Síndromes Hipertensivas na Gestação”, que abrange desde a hipertensão crônica até a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia, com informações e procedimentos aplicados em diversos níveis de atenção à saúde, incluindo unidades básicas de saúde, hospitais e maternidades, objetivando garantir um atendimento adequado e reduzir a mortalidade materna e perinatal associada a essas condições. Contudo, em Moçambique, não há nenhuma política específica para essa temática: seu sistema de saúde aborda a hipertensão

arterial materna e as síndromes hipertensivas da gravidez dentro do contexto mais amplo do “Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Não Transmissíveis”, de modo que a hipertensão arterial materna e as síndromes hipertensivas da gravidez seguem invisibilizadas e pouco exploradas na região.

Mediante o exposto, comprova-se que a busca pela prevenção da pré-eclâmpsia representa um marco potencial no cuidado pré-natal, com o poder de salvar inúmeras vidas de maternas e infantis, especialmente em nações em desenvolvimento como Brasil e Moçambique, onde o impacto dessa condição é mais severo. Diante dessa realidade, é essencial que a comunidade médica desses países intensifique seus esforços na condução de pesquisas direcionadas a esse campo, ainda marginalizado na literatura científica, para fomentar avanços significativos na saúde materno-infantil.

Ademais, é imperativo que haja um esforço conjunto para melhorar o acesso à informação e aos serviços de saúde, fortalecendo as estratégias de atenção primária e promovendo a conscientização sobre os fatores de risco para a hipertensão. Isso inclui a implementação de programas educativos que enfatizem a importância de uma dieta balanceada com baixo teor de sódio, além de garantir que as mulheres grávidas recebam acompanhamento médico regular e orientações específicas para a prevenção da hipertensão arterial induzida pela gravidez.

A colaboração entre os países para compartilhar melhores práticas e experiências pode ser uma estratégia valiosa para enfrentar esses desafios de saúde pública. Além disso, a troca de conhecimentos e recursos entre Moçambique e Brasil poderia levar a melhorias significativas na prevenção e no tratamento da hipertensão arterial, beneficiando, assim, a saúde materna e fetal. A integração de sistemas de saúde, a formação de parcerias estratégicas e o compromisso com a educação em saúde são passos fundamentais para superar as barreiras existentes e promover um futuro mais saudável para as populações de ambos os países.

Entretanto, para a enfim superação dessa cronológica invisibilidade e negligência à temática, torna-se inegável a necessidade de superação dos históricos entraves concernentes à disparidade de acesso aos serviços públicos de saúde e o combate ao racismo institucional para a intervenção estruturada, multilateral e eficaz na referida problemática da saúde reprodutiva da mulher afrodescendente no país.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho realizou-se uma abordagem interdisciplinar acerca da questão da saúde reprodutiva da mulher negra no Brasil e em Moçambique, articulando uma análise histórico-sociológica da cronologia da saúde da população preta em território nacional, desde a colonização ao contexto hodierno, aos conhecimentos epistemológicos modernos quanto às doenças mais frequentes na população brasileira afrodescendente e na população moçambicana, com ênfase na questão da saúde reprodutiva da mulher negra, o cuidado pré-natal e as síndromes hipertensivas da gravidez.

Em primeira análise, traçou-se uma cronologia da invisibilidade da saúde das mães afrodescendentes no período colonial brasileiro e moçambicano, em uma ambientação histórica que remonta à colonização africana e americana pelos europeus, como resultado das Grandes Navegações e da disseminação de teorias sociais eurocêntricas, a exemplo do darwinismo social. Diante disso, compreendeu-se a escravidão moderna e o sistema colonial como processos de exploração de recursos humanos e econômicos de outras nações e, por conseguinte, salientou-se a permanência de uma cultura discriminatória no país até a contemporaneidade, denunciada na persistência do racismo institucional e na invisibilidade das causas de saúde mais recorrentes na população afrodescendente, além da perpetuação da

pobreza, discriminação e falta de acesso dessa parcela da população brasileira ao sistema público de saúde.

Posteriormente, associou-se esse panorama cronológico aos apontamentos do Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente (Brasil, 2001), salientando-se os fatores que comprovam a maior recorrência da hipertensão arterial na população afrodescendente, que remontam a explicações genéticas cujas origens são associadas a condições históricas e geográficas. Já no que concerne ao cenário moçambicano, essa percepção foi ratificada por dados levantados por estudiosos moçambicanos, por meio de estatísticas que comprovam o alto índice de mortalidade materna no país e a baixa acessibilidade ao sistema de saúde pública (MAKANGA et al., 2017), o exacerbado consumo de sal (Dos Santos, 2017) e as disparidades genômicas entre africanos europeus para os genes associados à hipertensão (AGUIAR et al., 2019).

A partir disso, levantou-se a problematização das síndromes hipertensivas da gravidez, que podem apresentar-se nas formas de pré-eclâmpsia ou hipertensão arterial crônica, atingindo o ponto de destaque do trabalho ao ressaltar uma condição clínica que, apesar de não ser específica à população preta, é estatisticamente mais recorrente em mães brasileiras afrodescendentes e em moçambicanas, que também são as que têm menos acesso ao atendimento pré-natal, por questões socioeconômicas multidimensionais, aumentando o risco de mortalidade materna e fetal.

Diante disso, torna-se indubitável que, ainda no contexto contemporâneo, a negligência social e governamental age de maneira a perpetuar os desafios enfrentados pelas mulheres negras na maternidade, durante o período de gestação e de cuidado com as crianças em fase de desenvolvimento, e, portanto, configura uma verdadeira violência interseccional, que compromete não apenas à saúde dessa parcela social negra, feminina e progenitora, mas que também perpetua, de modo velado, o etnocídio na população afrodescendente no Brasil e em Moçambique.

Portanto, mediante as considerações tecidas, prova-se urgente a mobilização em prol da intervenção nesse cenário, a partir do desenvolvimento de pesquisas nesse campo de estudo, da organização de políticas de saúde em prol dessa causa e, sobretudo, no esforço coletivo de ambos os países na conscientização popular e prevenção, objetivando, enfim, garantir o direito à maternidade digna no Brasil e em Moçambique.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Laura *et al.* **Diferenças genótípicas entre o Sudoeste da Europa e África: um estudo comparativo em genes relacionados com a hipertensão.** *In:* 13º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global, Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 7-10 fevereiro 2019. 2019.

ANGONESI, Janaína; POLATO, Angelita. Doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), incidência à evolução para a Síndrome de HELLP. *Rev. bras. anal. clin.*, p. 243-245, 2007.

BATISTA, Luís Eduardo; MONTEIRO, Rosana Batista; MEDEIROS, Rogério Araujo. **Iniqüidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra.** *Saúde em debate*, v. 37, p. 681-690, 2014.

BENTO, Tais Costa; INOUE, Silvia Regina Viodres. **Concepções de mulheres negras sobre autocuidado em saúde reprodutiva.** 2024.

BOENE, Helena *et al.* **Community perceptions of pre-eclampsia and eclampsia in southern Mozambique.** *Reproductive health*, v. 13, p. 27-37, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Política Nacional de Saúde da População Negra: uma política do SUS.** 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAU, Boaventura M.; ARNALDO, Carlos. **É Urgente Reduzir a Mortalidade Materna em Moçambique.** CEPSA Policy Brief, v. 1, 2013.

DOS SANTOS, Artur Fernando. **Conhecimentos e comportamentos em relação ao consumo de sal em Moçambique.** Dissertação (Mestrado em Nutrição Clínica) - Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto. 2017.

ELIAS, Norbert; SCOTSON, John L. **Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma comunidade.** Tradução de Vera Ribeiro; tradução do posfácio à edição alemã de Pedro Sússekind. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

FREYRE, Gilberto. **Casa-grande & senzala.** 50a edição. Global Editora, 2005.

GONÇALVES, Giselle Cristina Botrel *et al.* **Apropriação do conhecimento islâmico ibérico e o pioneirismo português nas grandes navegações dos séculos XV e XVI.** 2021.

INÁCIO, Regina Sebastião; CORRADI-PERINI, Carla; GOMES, Milena. Saúde materna em Moçambique. **Revista Iberoamericana de Bioética**, n. 15, p. 01-10, 2021.

MAKANGA, Prestige Tatenda *et al.* Seasonal variation in geographical access to maternal health services *in regions of southern Mozambique.* **International journal of health geographics**, v. 16, p. 1-16, 2017.

MEIRA, Janderson Costa; OLIVEIRA, Herbert Santana Garcia. Saúde reprodutiva da mulher negra no Brasil: entre a produção teórica e a ação política. **Amazônica-Revista de Psicopedagogia, Psicologia escolar e Educação**, v. 16, n. 2, jul-dez, p. 1179-1195, 2023.

MENESES, Maria Paula. Colonialismo como violência: a “missão civilizadora” de Portugal em Moçambique. **Revista Crítica de Ciências Sociais, n. especial, p. 115-140, 2018.**

Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF Internacional (ICFI). **Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde 2011.** Calverton, Maryland, EUA: MISAU, INE e ICF, 2013.

MORAIS, Carolina Maíra Gomes. **Saúde como política colonial: os Serviços de Saúde da colônia de Moçambique entre 1933 e 1975.** *Africana Studia*, n. 21, 2020.

NHAVENGE-TIMBANE, Florência Paulo. **A educação sexual da mulher rural na região Sul de Moçambique e o direito à saúde.** 2022.

PÓVOA, Rui. Minieditorial: **Características Clínicas da Hipertensão Arterial Resistente versus Refratária em uma População de Hipertensos Afrodescendentes**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 115, p. 40-41, 2020.

REIS-MULEVA, Belarmina *et al.* **Assistência ao pré-natal em Moçambique**: número de consultas e idade gestacional no início do pré-natal. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2021.

SOUZA, Wanessa de. **As Grandes Navegações e o Descobrimento do Brasil**.

PEG-FAFICH, 2007. Disponível em:

<http://www.fafich.ufmg.br/pae/apoio/asgrandesnavegacoesedescobri-mentodobrasil.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2024.

SCHWARCZ, Lilia Moritz e STARLING, Heloisa Murgel. **Brasil**: uma biografia. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

ZOLIN, Beatriz. **Hipertensão maior entre negros pode ter ligação com passado escravista**. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-cronicas/hipertensao/hipertensao-maior-entre-negros-pode-ter-ligacao-com-passado-escravista/>. Acesso em: 28 jan. 2024.