



**PROPPG**  
Pró-Reitoria de Pesquisa  
e Pós-Graduação

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO E RELAÇÕES ÉTNICO-  
RACIAIS - PROPPG  
CAMPUS JORGE AMADO - ITABUNA**

**LARAYNE GALLO FARIAS OLIVEIRA**

**RELAÇÕES ENTRE RACISMO INSTITUCIONAL E SAÚDE INTEGRAL DA  
POPULAÇÃO NEGRA: UM ESTUDO COM A EQUIPE DE ESTRATÉGIA EM  
SAÚDE DA FAMÍLIA EM COARACI-BA**

**ITABUNA – BA**

**2021**

**LARAYNE GALLO FARIAS OLIVEIRA**

**RELAÇÕES ENTRE RACISMO INSTITUCIONAL E SAÚDE INTEGRAL DA  
POPULAÇÃO NEGRA: UM ESTUDO COM A EQUIPE DE ESTRATÉGIA EM  
SAÚDE DA FAMÍLIA EM COARACI-BA**

Memorial submetido ao Programa de Pós-graduação em Ensino e Relações étnico-raciais – PPGER - da Universidade Federal do Sul da Bahia, com vistas a obtenção do título de mestra em Ensino e relações étnico-raciais.

Orientadora: Dra. Milena Cláudia Magalhães Santos.

**ITABUNA – BA**

**2021**

**Catálogo na Publicação (CIP)**  
**Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)**  
**Sistema de Bibliotecas (SIBI)**

O482r Oliveira, Larayne Gallo Farias, 1981-

Relações entre racismo institucional e saúde integral da população negra : um estudo com a equipe de Estratégia em Saúde da Família em Coaraci-BA / Larayne Gallo Farias Oliveira. – Itabuna: UFSB, 2021.-  
104f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Sul da Bahia, Campus Jorge Amado, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências, Programa de Pós-Graduação em Ensino e Relações Étnico-Raciais, 2021.  
Orientador: Dra. Milena Cláudia Magalhães Santos Guidio.

1. Racismo na saúde. 2. Política de saúde – Coaraci (BA). 3. Saúde – Aspectos sociais. I. Título.

CDD – 363.1

**LARAYNE GALLO FARIAS OLIVEIRA**

**RELAÇÕES ENTRE RACISMO INSTITUCIONAL E SAÚDE INTEGRAL DA  
POPULAÇÃO NEGRA: UM ESTUDO COM A EQUIPE DE ESTRATÉGIA EM  
SAÚDE DA FAMÍLIA EM COARACI-BA**

Memorial submetido ao Programa de Pós-graduação em Ensino e Relações étnico-raciais – PPGER - da Universidade Federal do Sul da Bahia, com vistas a obtenção do título de mestra em Ensino e relações étnico-raciais.

Orientadora: Dra. Milena Cláudia Magalhães Santos.

Este trabalho foi submetido a avaliação e julgado aprovado em: 26/08/2021.



MILENA CLÁUDIA MAGALHÃES SANTOS (PPGER/UFSB)



SANDRO AUGUSTO SILVA FERREIRA (PPGER/UFSB)



JOÃO LUIS ALMEIDA DA SILVA (PPGENF/UESC)

**ITABUNA – BA**

**2021**

*À minha mãe, Edméa,  
mulher por quem, graças aos  
seus joelhos dobrados,  
eu consegui chegar até aqui.*

## AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, Senhor, Salvador e Criador.

Meus pais, por terem me dado uma excelente criação, e desde criança me ensinaram a amar a todos e respeitar todas as diferenças. Obrigada pela boneca Vilma!

Meu marido, meu amor Tarcísio, por ter tido muita paciência e compreensão nesta minha caminhada acadêmica e profissional.

Meus filhos, Davi e Gabriel, minha inspiração, minha vida.

À professora Dra. Milena Cláudia, orientadora desta pesquisa, por ter aceitado este desafio e pela maestria com que soube estimular e conduzir esta caminhada.

Aos professores do PPGER/UFSB pela acolhida, pelo incentivo e pelo apoio, em especial à Professora Dra. Cynthia Barra.

Aos colegas do PPGER/UFSB por todas as vivências e aprendizados compartilhados, em especial a Apoena, Antônio Carlos e Isabelle pelo acolhimento e dedicação que me fortaleceram para construir este trabalho.

Gratidão!

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Distribuição da autoavaliação de atendimento da equipe e individual.....	38
---	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categorias conforme análise de conteúdo de Bardin (2011) referentes ao tema Racismo ser trabalhado na área de saúde .....	36
Quadro 2 – Processos comportamentais referentes à avaliação da PNSIPN.....	37
Quadro 3 - Categorização dos discursos em relação a conceitos pré-existentes .....	40
Quadro 4 - Categorização dos discursos em relação a respostas conceituais.....	43

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Localização de Coaraci no Litoral Sul da Bahia. Santos (2019) – Atlas socioeconômico do Litoral Sul da Bahia. ....	28
Figura 2 - Distribuição da Autodeclaração da Raça na pesquisa respondida por 53 respondentes das ESF de Coaraci, BA, 2021. ....	31
Figura 3 - Distribuição Sexo e Raça, 2021. ....	32
Figura 4 - Distribuição Sexo e Categoria Profissional, 2021. ....	33
Figura 5 - Local de preferência de atendimento, 2021. ....	34
Figura 7 - Autoavaliação profissional, 2021. ....	35
Figura 8 - Nuvem de palavras sobre a discussão do tema Racismo na área de saúde, 2021. ....	35
Figura 9 - Nuvem de palavras sobre a representação do Racismo Institucional, 2021. ....	42
Figura 10 - Distribuição da razão pela qual a população negra é mais discriminada. ....	42

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CDCN - Conselho de Desenvolvimento da Comunidade Negra

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CESPCT - Comissão Estadual para a Sustentabilidade dos Povos e Comunidades Tradicionais

GIQ – Grupo Intersetorial Quilombola

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CTESPN - Comitê Técnico Estadual de Saúde da População Negra

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PTC - Plano Terapêutico em Cuidado

PTS - Plano Terapêutico Singular

SESAB- Secretaria de Saúde da Bahia

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório, de natureza quali-quantitativa, realizado em Coaraci-Bahia, com 53 profissionais de saúde das Estratégias de Saúde da Família (ESF). Propôs avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre Saúde Integral da População Negra e Racismo Institucional nas unidades de saúde deste município. A análise dos dados foi realizada com avaliação das frequências, porcentagens e correlações analisados pelo Programa Estatístico SPSS®. Os dados qualitativos foram analisados por meio da utilização do *software* Iramuteq®, associado à Análise de Conteúdo de Bardin. O desfecho avaliado relaciona-se ao conhecimento, crença e comportamento dos profissionais que atuam na ESF acerca dos elementos que definem o racismo institucional e o seu conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). O estudo avalia que ainda há, entre os entrevistados, um desconhecimento referente ao racismo institucional. A partir dos discursos, percebe-se que não implementação efetiva de programas para concretizar a PNSIPN compromete o acesso da população negra aos serviços de saúde e diminui as possibilidades de diálogo. As reflexões do presente texto desdobram-se na elaboração de uma cartilha direcionada aos profissionais da saúde no sentido de refletirem a sua práxis em relação ao racismo institucional.

**Descritores:** Saúde da População Negra. Racismo. Políticas de Saúde.

## ABSTRACT

This is an exploratory study, of a quali-quantitative nature, carried out in Coaraci-Bahia, with 53 health professionals from the Family Health Strategies (ESF). It proposed to assess the knowledge of health professionals about Comprehensive Health of the Black Population and Institutional Racism in the health units of this municipality. Data analysis was performed with evaluation of frequencies, percentages and correlations analyzed by the Statistical Program SPSS®. Qualitative data were analyzed using the Iramuteq® software, associated with Bardin's Content Analysis. The evaluated outcome is related to the knowledge, belief and behavior of professionals working in the ESF about the elements that define institutional racism and their knowledge about the National Policy for Comprehensive Health of the Black Population (PNSIPN). The study assesses that there is still, among the interviewees, a lack of knowledge regarding institutional racism. From the speeches, it is clear that the failure to effectively implement programs to implement the PNSIPN compromises the access of the black population to health services and reduces the possibilities for dialogue. The reflections of this text unfold in the elaboration of a booklet aimed at health professionals in order to reflect their praxis in relation to institutional racism.

**Descritores:** Health of the Black Population. Racism. Health policies.

## RESUMEN

Se trata de un estudio exploratorio, de carácter cuali-cuantitativo, realizado en Coaraci-Bahía, con 53 profesionales de la salud de las Estrategias de Salud de la Familia (ESF). Se propuso evaluar el conocimiento de los profesionales de la salud sobre Salud Integral de la Población Negra y Racismo Institucional en las unidades de salud de este municipio. El análisis de los datos se realizó con evaluación de frecuencias, porcentajes y correlaciones analizadas por el Programa Estadístico SPSS®. Los datos cualitativos se analizaron utilizando el software Iramuteq®, asociado con el análisis de contenido de Bardin. El resultado evaluado se relaciona con el conocimiento, creencia y comportamiento de los profesionales que laboran en la ESF sobre los elementos que definen el racismo institucional y su conocimiento sobre la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra (PNSIPN). El estudio valora que aún existe, entre los entrevistados, un desconocimiento sobre el racismo institucional. De los discursos se desprende que la falta de implementación efectiva de los programas para implementar el PNSIPN compromete el acceso de la población negra a los servicios de salud y reduce las posibilidades de diálogo. Las reflexiones de este texto se despliegan en la elaboración de un folleto dirigido a los profesionales de la salud con el fin de reflejar su praxis en relación al racismo institucional.

**Descriptores:** Salud de la Población Negra. Racismo. Políticas de salud.

## SUMÁRIO

<b>1. MEMORIAL.....</b>	<b>15</b>
<b>2. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>21</b>
<b>4. MÉTODO.....</b>	<b>28</b>
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>31</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>98</b>

# RELAÇÕES ENTRE RACISMO INSTITUCIONAL E SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA: UM ESTUDO COM A EQUIPE DE ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA EM COARACI-BA

## 1. MEMORIAL

*(...) pensar lugar de fala é uma postura ética, pois “saber o lugar de onde falamos é fundamental para pensarmos as hierarquias, as questões de desigualdade, pobreza, racismo... (RIBEIRO, 2017)*

**O que é lugar de fala?** Gostaria de responder a esta pergunta com outra, parafraseando Djamila Ribeiro no seu livro *O que é lugar de fala?* (2017): **as pessoas brancas também podem se engajar na luta antirracista?** A autora discorre ao longo do livro que pensar lugar de fala implica em quebrar o silêncio instituído para quem foi subalternizado, instituindo um movimento no sentido de romper com a hierarquia. Ela explica que todas as pessoas, mesmo que não pertençam à população negra, tem lugar de fala, pois falam a partir de um lugar social, sendo fundamental que indivíduos pertencentes a grupos sociais privilegiados em termos de *locus* social consigam enxergar as hierarquias produzidas a partir desse lugar, o que impacta diretamente na constituição dos lugares de grupos subalternizados. Esse é o meu lugar de fala e, a partir de agora, irei falar deste lugar social neste trabalho dissertativo: mulher, branca, casada, mãe, cristã, profissional e pesquisadora que reconhece que ocupa um lugar distinto, mas que justamente por meio da reflexão e da pesquisa compreende a problemática do tema de que trata.

Durante a minha caminhada de 14 anos como enfermeira, testemunhei diversas vezes situações constrangedoras, detestáveis e inadmissíveis do que hoje reconheço por racismo institucional. Estas práxis me levaram a este “lugar social de fala”, ao PPGER, e a relação do racismo e a saúde da população negra.

Durante a pandemia Covid-19, todos tivemos que nos reinventar. Não foi diferente quanto a este trabalho. Eu havia desenhado um projeto de treinamento, em um espaço não formal, conforme prevê o Programa de Pós-Graduação em Ensino e Relações Étnico-Raciais (PPGER), para capacitar profissionais de saúde sobre as relações entre racismo institucional e a saúde da população negra. Porém, este projeto precisou ser adiado, pois iria gerar aglomerações, devido à necessidade de muitos encontros presenciais e dinâmicas por meio de

metodologias de ensino e aprendizagem, daí a necessidade de adaptar-se às condições disponíveis no momento.

Conforme prevê a seção referente a Trabalho de Conclusão no Regimento deste Programa, que não limita a um único formato, para descrição e análise da pesquisa realizada foi escolhido artigo dissertativo expandido a fim de apresentar à comunidade científica, em um programa no âmbito do ensino, as vinculações existentes entre o racismo institucional e as práticas de saúde; tema pouco difundido neste programa.

Trata-se de um estudo exploratório, de natureza quali-quantitativa, realizado em Coaraci-Bahia, neste ano de 2021, com 53 profissionais de saúde que trabalham em Estratégias de Saúde da Família. Este estudo propôs avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre Saúde Integral da População Negra e Racismo Institucional nas unidades de saúde deste município.

As reflexões do presente texto desdobram-se na elaboração de uma pequena cartilha informativa direcionada aos profissionais da saúde, no qual há histórias vivenciadas e ouvidas por mim, dentro do âmbito de espaços de saúde, e a partir destas, com base em renomados autores decoloniais, busca-se fazer com que profissionais de saúde reflitam acerca da sua práxis em relação ao racismo institucional.

Ao leitor (a), meu nome é Larayne Gallo Farias Oliveira, sou enfermeira graduada pela Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC) em Itabuna-BA, especialista em Emergência (FTC), Auditoria em Sistemas de Saúde (Estácio de Sá / Rio de Janeiro-RJ), Gestão em Saúde (Universidade Estadual de Santa Cruz-BA) e Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Estou mestranda em Ensino e Relações Étnico-Raciais pelo Programa de Pós-Graduação em Ensino e Relações Étnico-Raciais (PPGER) da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), e paralelo a este programa, me desafiei a cursar dois mestrados ao mesmo tempo, então estou Mestranda em Enfermagem da UESC.

## 2. INTRODUÇÃO

A população brasileira é composta em sua maioria por negros, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010), com 50,7% da população brasileira que se autodeclara negra. De acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) de 2019, divulgado pelo mesmo instituto, o percentual da população que se autodeclara preta ou parda no Brasil é de 56,20% (IBGE, 2020). Após uma década, negros e negras compõem e mantêm-se com a maior representatividade da população brasileira, sendo os principais usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS foi criado por meio da Lei n. 8.080 de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que dentre os seus princípios adota a universalidade, a equidade e a integralidade como fundamentos do sistema. A discussão sobre universalidade aponta o acesso aos serviços por parte de todos os usuários do SUS, o que em tese deveria garantir o atendimento a todos os que procuram os serviços de saúde, com acolhimento às demandas conforme necessidade de cada grupo populacional, oferecendo mais a quem tem menos acesso, o que é conceituado como equidade. A integralidade, dentre outras características, é apontada na lei orgânica como cuidado integral, que deve atender a todas as necessidades e aspectos da vida dos usuários.

Entretanto, devido à dificuldade de dar tratamento adequado à questão racial em na sociedade, é sabido que a população negra sofre discriminação e violação de direitos à saúde, com condutas excludentes relacionadas ao racismo institucional. Este último é entendido neste trabalho conforme a conceituação dada por Ribeiro (2019), que afirma tratar-se de um sistema de opressão que nega direitos, e não um simples ato da vontade de um indivíduo. O racismo institucional é estímulo a condicionamentos desumanos, desprezíveis, que faz com que as pessoas negras sejam colocadas em situação de constrangimento psíquico, desqualificação social e desvantagens sociais, econômicas e de desprestígio cultural. Principalmente por serem tratadas com desleixo, indiferença, violências físicas e simbólicas ou, em alguns casos, não receberem atendimento, diagnóstico, tratamento nem obterem prognóstico adequado ou nenhum acolhimento em conformidade com a legislação, por vezes omissa, ou quanto às recomendações técnicas da área de conhecimento reguladoras dos protocolos da prestação de serviços daquela organização.

Esses pressupostos ameaçam à saúde da população negra, o que repercute na dificuldade de acesso aos serviços de saúde, na precariedade de informações, na qualidade do cuidado e da

assistência à população negra (MALTA et al., 2017), e não há como negar que persiste ainda hoje, na sociedade, um racismo silencioso e não declarado, reconhecido até mesmo pelas políticas governamentais (BRASIL, 2007).

Grada Kilomba (2019), uma renomada escritora decolonial, teórica, psicóloga e artista, em seu livro *Memórias da Plantação*, discute que não se pode simplesmente se opor ao racismo, já que no espaço vazio, após alguém se opor e resistir ao lugar de alteridade, onde somos e dependemos uns dos outros, e o de inventar a “nós” mesmos, é necessária a oposição e reinvenção, pois opor-se por si só não basta.

Munanga (2009) aponta que o racismo está além do nível emocional como situação comum, e grandes mobilizações políticas e ideológicas podem ser feitas, partindo-se da emoção entre povos diferentes, o que Mbembe (2014) conceitua como processos centrais do inconsciente, relacionando-se com as conjunturas do desejo humano (apetites, afetos, paixões e medos). Por sua vez, Davis (2018) discute que as lutas progressistas – centradas no racismo, na repressão, na pobreza ou em outras questões – estão fadadas ao fracasso se não tentarem desenvolver uma consciência sobre a insidiosa promoção do “individualismo capitalista”.

Nesta perspectiva e na tentativa de minimizar os efeitos da discriminação e da exploração sofridas pelas pessoas negras ao longo da história brasileira, foi sancionada pelo Conselho Nacional de Saúde a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) em 2006, tendo sido pactuada na Comissão Intergestores Tripartite em 2008 e publicada por meio de Portaria ministerial em 13 de maio de 2009, como resposta do Ministério da Saúde às desigualdades em saúde que acometem esta população e reconhecimento de que as suas condições de vida resultam de injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do País (BRASIL, 2007).

Cabe à PNSIPN promover nos profissionais de saúde as competências necessárias para um atendimento humanizado e cuidado integral à população negra com vistas a modificar as práticas de saúde racistas e potencializar o acesso daquela população. Com o foco nos cuidados ao paciente, à família, à comunidade e à população negra, a PNSIPN compatibiliza sua cultura de matriz afro-brasileira como cidadãos, plenos de direito à saúde integral e emerge como uma ferramenta importante na reestruturação da saúde mediante uma política que adere à demanda e à realidade do país (GOMES, 2012).

Por meio da PNSIPN, a equipe de saúde assume a função de integração das práticas tradicionais de matriz afro-brasileira com os cuidados de saúde do SUS, principalmente na superação do racismo institucional, que pode ser apontado como uma das maiores barreiras ao SUS para a população negra, o qual se traduz em comportamentos, inconscientes ou não, de

ansiedade social pelo qual a equipe de saúde se afasta ou se desconecta do público alvo, entendido por alguns autores como “evitação” (GOMES, 2012; SANTOS et al., 2021).

O Ministério da Saúde, no informativo Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, do Ministério da Saúde, delibera que a PNSIPN define os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão, voltados para a melhoria das condições de saúde deste grupo populacional, com ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores/as de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra (BRASIL, 2007).

A escolha desta área de estudo fundamentou-se na reflexão sobre aspectos dos problemas decorrentes do racismo institucional e a necessidade de sua superação. Tem como principal finalidade contribuir para a conscientização e mudanças de comportamento dos profissionais de saúde, no sentido da reversão desse tipo de racismo.

A preferência do local de estudo deu-se porque 92,2% da população no município de Coaraci-BA se autodeclara negra, conforme dados de autodeclaração do E-SUS AB (2021). Considera-se imprescindível uma sensibilização para atuação engajada dos profissionais de saúde, por serem atores responsáveis pela formulação de estratégias para o indivíduo negro e sua família, formadores de opinião, transmissores de novas tendências e fomentadores de promoção da saúde.

A problematização baseia-se no seguinte questionamento: os profissionais de saúde atuam com práticas humanizadas à população negra a fim de haver uma melhor inclusão no seu atendimento para potencializar o acesso a saúde em seu território? Sendo assim, esta proposta propôs avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre Saúde Integral da População Negra e Racismo Institucional nas unidades de saúde em Coaraci-BA. Assim, o estudo refletiu sobre as concepções e possíveis comportamentos racistas das equipes de estratégia de saúde da família e realizou proposições acerca do acolhimento cotidiano à população negra nas Unidades de Saúde.

A escolha pela constituição deste *corpus* fundamentou-se na reflexão sobre os problemas de acesso à saúde integral, decorrentes do racismo institucional e da necessidade de sua superação, assim como aponta Ribeiro (2019) que a mudança da sociedade não se faz apenas com denúncias ou com o repúdio moral do racismo: depende, antes de tudo, da tomada de posturas e da adoção de práticas antirracistas.

Presume-se que o profissional de saúde, muitas vezes, seja insensível ao racismo institucional, e que, por isso, seja necessário um trabalho de informação e sensibilização para modificar as práticas de saúde racistas e potencializar o acesso da população negra aos serviços de saúde.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

Ao longo da história do Brasil, a população negra sempre foi marcada por desigualdade e resistência. Desde a sua chegada ao Brasil, esta foi obrigada a trabalhar em regime de escravidão nos engenhos e lavouras de cana-de-açúcar no período colonial, servir aos cuidados domésticos e ser tratada como seres sub-humanos, equivalente ao status de animais. Esta opressão em favor do trabalho deixou essa população destituídas de seus laços e vínculos familiares, sendo-lhes impostas outras formas de vida (GOMES, 2012; MUNANGA, 2008; MBEMBE, 2014).

O Brasil pode ser considerado o segundo maior país de população originária da África com 55% de sua população composta de pardos e negros, sendo o primeiro a Nigéria. Estes (sobre)vivem em situações de desigualdades por meio de diversos indicadores socioeconômicos, numa combinação cruel de vulnerabilidade social e racismo que os acompanhada pela vida inteira (SCHWARCZ, 2019).

Todo esse processo gerou marcas e cicatrizes, pois a população negra no Brasil viveu por mais de três séculos sob o regime de escravidão, e, apesar da abolição e do posterior reconhecimento dos graves abusos causados por esse regime, continua em grande medida excluída socialmente do acesso a vários direitos (ALBUQUERQUE, 2009), incluindo o direito à saúde.

Quanto ao quesito saúde, não existiam políticas no período pós-abolição que incluíssem esta população nos processos. Em 1988, a Constituição brasileira assinalou o princípio da igualdade ou da não-discriminação, em seu art. 5º, segundo o qual “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”, iniciando a partir de então as políticas de promoção da igualdade racial (BRASIL, 1988), sendo o marco para o reconhecimento do racismo no Brasil e a instituição dos movimentos de resistência.

Durante esse período, vários debates sobre racismo e a formulação de programas de ação afirmativa assumem crescente visibilidade na cena brasileira, a exemplo dos Movimentos Sociais Negros, na perspectiva da construção de uma política setorial, com recorte racial, gerador de um processo de diferenciação e de busca de legitimação na saúde pública (MAIO, MONTEIRO, 2005).

Como uma conquista destes movimentos, a partir do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (Portaria GM/MS n. 1.678, de 13 de agosto de 2004), e almejando o Pacto pela Saúde pelo SUS, instituído por meio da Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, foi

aprovada neste mesmo ano pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), e instituída pela Portaria GM/MS n. 992, em 13 de maio de 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN, que tem como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.

O seu objetivo é garantir maior igualdade na execução do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional (BRASIL, 2009). A PNSIPN responsabiliza as três esferas de gestão (Federal, Estadual e Municipal) pela garantia da equidade no alcance do direito fundamental à saúde. Ela atua em cinco eixos estratégicos, a saber: Eixo 01 - Acesso da População Negra às Redes de Atenção à Saúde; Eixo 02 - Promoção e Vigilância em Saúde; Eixo 03 - Educação Permanente em Saúde e Produção do Conhecimento em Saúde da População Negra; Eixo 04 - Fortalecimento da Participação e do Controle Social; e Eixo 05 - Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde para a População Negra (BRASIL, 2009).

Com vistas a estimular a criação de espaços de gestão participativa nos serviços de saúde, o Ministério da Saúde instituiu Comitês Técnicos de Saúde a fim de descentralizar a implementação da política e fortalecer as gestões no enfrentamento às iniquidades raciais em saúde, favorecendo o monitoramento e acompanhamento desta implementação, com representantes da sociedade civil e áreas técnicas da gestão do SUS (BATISTA, 2013; SANTOS et al. 2011).

Na Bahia, a PNSIPN foi instituída por meio do Decreto n. 14.720, de 29 de agosto de 2013. Após esse decreto, não há documentos oficiais que monitoram e avaliam a política no Estado, tendo apenas um Comitê Técnico Estadual de Saúde da População Negra (CTESPN) no âmbito da Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB) em instâncias Colegiadas e Intersetoriais por meio do Conselho de Desenvolvimento da Comunidade Negra – CDCN, da Comissão Estadual para a Sustentabilidade dos Povos e Comunidades Tradicionais – CESPCT, do Grupo Intersetorial Quilombola- GIQ e do Comitê Rede de Combate ao Racismo e à Intolerância Religiosa do Estado da Bahia.

Para o SUS reconhecer os determinantes em saúde por relações étnico-raciais, é necessário o preenchimento adequado dos sistemas de informação em saúde no quesito cor, que deverá ser levantado exclusivamente pela autodeclaração individual. De acordo com o Sistema de informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em pesquisa de domínio público realizada em abril de 2021 quanto ao quesito internação por raça/cor no período de janeiro de

2008 a fevereiro de 2021, houve 49.158.138 internações pela raça parda, 4.983.625 pela raça preta, 48.462.698 pela raça branca, 1.757.734 pela raça amarela, 379.967 pelos indígenas, e 43.700.532 sem informação de raça/cor. Estes últimos representam valores expressivos comparados às outras raças e reforçam as iniquidades, uma vez que o quesito raça/cor é um importante marcador de cunho social, o que se pode inferir que não houve um preparo (seja do entrevistador ou do entrevistado) quanto à autodeclaração do quesito cor. Essas ambiguidades comprometem a aplicação de recursos adequados a fim de garantir a equidade.

Não se sabe ao certo se a ausência citada no parágrafo anterior foi utilizada como estratégia para encobrir o racismo, no entanto Chor e Lima (2005) afirmam que a população negra, e principalmente as mulheres negras, recebe atendimento de saúde mais precário que outros grupos no Brasil. As autoras acreditam que as desigualdades étnico-raciais em saúde passarão a ocupar um papel mais expressivo na agenda de pesquisas epidemiológicas no país, a partir do preenchimento adequado dos marcadores, a fim de preencher importante lacuna no conhecimento dos dados (CHOR, LIMA, 2005).

A partir dos marcadores sociais, o SUS traça as medidas de proteção à saúde de toda a população brasileira mediante os dados de mortalidade, morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais (BATISTA, 2014). É possível, portanto, que do ponto de vista das doenças com forte determinação hereditária, a população negra brasileira possa mostrar-se com características próprias, embora doenças ligadas à pobreza (desnutrição, verminoses, gastroenterites, tuberculose, alcoolismo, etc.) sejam mais comuns na população negra, sem causas ligadas à herança genética (BRASIL, 2001).

Vale destacar também que as doenças mentais e comportamentais, incluindo a dependência de drogas, estão mais frequentes nesse grupo populacional (BRASIL, 2007), assim como as taxas de homicídios seguem padrão diferente das identificadas entre a raça branca (SOARES FILHO, 2011). Como reflexo das condições socioeconômicas ligadas à exclusão de grupos étnicos, a taxa de mortalidade é maior na população negra (BRASIL, 2007).

Dados recentes sobre a COVID-19 evidenciam maior incidência no número de mortes pela COVID-19 da população negra do que da branca, com forte acento nas questões de desigualdades sociais por maior risco de exposição, menos acesso a testes, condições de saúde e idade e a falta de acesso a cuidados de saúde de qualidade (OLIVEIRA, 2020). Quanto à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), embora os noticiários sempre atrelem tais números à população negra, os dados epidemiológicos disponíveis não são suficientes para sustentar a interpretação de que existe uma associação específica entre "população negra" e AIDS no país (FRY et al., 2007).

As doenças que mais incidem na população negra ligadas à etnia são: Anemia Falciforme e Doenças Falciformes, Deficiência de Glicose-6-Fosfato Desidrogenase (G6PD), Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e as Síndromes Hipertensivas na Gravidez (BRASIL, 2001). Os fatores de risco relacionados a tais doenças são: tabagismo, excesso de peso, obesidade, consumo de carnes com excesso de gordura, inatividade física, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, entre outros; já os fatores de proteção são: consumo recomendado de frutas e hortaliças, consumo regular de feijão, prática de atividade física recomendada no tempo livre, realização de exames de detecção precoce de câncer em mulheres, entre outros (BRASIL, 2007).

Portanto, a partir desses marcadores sociais e determinantes de saúde, a PNSIPN propõe a relação entre racismo e vulnerabilidade em saúde. Os objetivos apontam como foco primordial a relação à atenção humanizada em saúde na atenção primária por meio do Plano Terapêutico em Cuidado (PTC), que consiste em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas interdisciplinares articuladas tanto para o coletivo quanto para o individual e o Plano Terapêutico Singular (PTS) para o tratamento de questões específicas quanto ao enfrentamento ao racismo (BRASIL, 2009).

A política evidencia a “Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas”, juntamente com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Decreto n. 5.813, de 22 de junho de 2006), que se caracterizam como instrumentos importantes na valorização dos conhecimentos tradicionais, colocando a comunidade no lugar de pertencimento e participação direta na situação da saúde (BRASIL, 2009).

Um dos desafios para a PNSIPN é a não priorização e/ou desconhecimento por parte dos gestores (GOMES, 2012), o que acarreta baixa funcionalidade dos serviços de saúde ofertados. Pouco se avança na implementação dessa política por desinteresse público em sua aplicação. É necessário, portanto, que o gestor construa estratégias de atendimento e de priorização dessa população. Deve-se considerar, ainda, a disponibilização dos serviços de saúde em áreas rurais, de difícil acesso e de fronteiras nacionais, com atendimentos em horários acessíveis à população que trabalha e estuda (BRASIL, 2018).

Outro desafio é a ampliação dos comitês técnicos de saúde da população negra nos territórios (BATISTA, 2014) com a finalidade de fortalecer os movimentos sociais e discutir a equidade do ponto de vista de organização para pensar ações estratégicas para enfrentar o

racismo institucional. Porém, sem dúvida, o maior desafio para a PNSIPN é o racismo institucional (LÓPEZ, 2012), motivo pelo qual a política nasceu.

Mbembe (2014) conceitua o racismo como uma forma de representação primária, em que não é possível distinguir entre o que está dentro e o que está fora. Ribeiro (2018) conceitua-o como um sistema de opressão que nega direitos, e não um simples ato da vontade de um indivíduo. A autora destaca que o racismo e a escravidão têm beneficiado economicamente por toda a história a população branca, e a negra sempre foi tratada como mercadoria, não tendo acesso a direitos básicos e à distribuição de riquezas.

Schwarcz (2019) expõe que a escravidão foi e continua sendo uma especificidade incontornável da história brasileira, desdobrando-se no racismo, que é sempre colocado como um tema polêmico, ideológico, cujo propósito é garantir a manutenção de privilégios, aprofundando a distância social. Não existem bons racismos, pois todos são igualmente carregados de traumas e sofrimentos. A autora enfatiza que é preciso pensar nas especificidades dessa história brasileira que fez da desigualdade uma etiqueta internalizada e da discriminação um espaço não formalizado, o que faz que todo tipo de racismo seja ruim (SCHWARCZ, 2012).

É importante destacar que o racismo está presente em toda a estrutura do Brasil e o antirracismo é uma luta de todas e todos (ALMEIDA, 2019). Munanga (2009) declara que todos os racismos são abomináveis e cada um faz as suas vítimas do seu modo. Schwarcz (2012) afirma que ninguém nega que exista racismo no Brasil, e que a sua prática é sempre atribuída ao outro. A autora aponta que o difícil é admitir a discriminação e não o ato de discriminar, pois trata-se de um racismo silencioso escondido atrás de uma suposta garantia da universalidade e da igualdade das leis. Ela reflete sobre a continuidade do racismo, mesmo após deixar de ser aceito como uma teoria científica:

Sendo assim, e se o racismo, faz tempo, deixou de ser aceito como uma teoria científica, ele continua plenamente atuante, enquanto ideologia social, na poderosa “teoria do senso comum”, aquela que age perversamente no silêncio e na convivência do dia a dia. O racismo é filho da liberdade, pairando, ainda hoje, um grande interdito no que se refere à expansão de direitos para tais populações, que são as mais vitimizadas no país com relação aos direitos à saúde, educação, trabalho, moradia, transporte e segurança (SCHWARCZ, p. 28, 2019).

Jones (2002) define o racismo em três categorias: o racismo internalizado, através de sentimentos e condutas que esbanjam superioridade/inferioridade, aceitação/recusa incorporando visões e estigmas; o racismo interpessoal, com ações e omissões por falta de respeito, perseguições e negligências com condutas intencionais ou não; e o racismo estrutural,

que é material através da dificuldade de acesso a políticas, e acesso ao poder com menor participação social e acesso a informações).

Segundo Munanga (2009), as teorias que tentam explicar a complexidade do racismo são numerosas e muitas vezes contraditórias. Alguns autores apontam outros tipos de racismo em relação à população negra como: o estrutural, constituído por práticas, hábitos, situações e falas, embutido nas populações que promovem a segregação e o preconceito racial (ALMEIDA, 2019); o recreativo, chamado também de racismo cordial que utiliza o humor como veículo de hostilidade racial (MOREIRA, 2019); o reverso pela forma clássica de preconceito motivado pela raça, cor ou etnia, porém, contra brancos, ou de negros contra brancos (CAMPOS, 2015) – este é negado por diversos estudiosos, a exemplo de Djamilia Ribeiro (2018) no livro *Quem tem medo do feminismo negro* e também no texto “Falar em racismo reverso é como acreditar em unicórnios”; o racismo midiático, em que as políticas da dor e do ódio mostram um desenho risível do corpo negro (CAMINHA, 2020); o institucional pela manifestação de preconceito por parte de instituições públicas ou privadas, do Estado e das leis que, de forma indireta, promovem a exclusão ou o preconceito racial (SANTOS, 2001). Esse último é objeto deste estudo e será tratado a seguir à luz de alguns estudiosos.

O termo racismo institucional foi empregado pela primeira vez pelos ativistas do grupo Panteras Negras, Stokely Carmichael e Charles Hamilton, em 1967, e é conceituado como um modo de subordinar o direito e a democracia às necessidades do racismo (WERNECK, 2016). O racismo institucional está diretamente ligado à forma como a sociedade está estruturada (racismo estrutural) e com a falta de reconhecimento da cidadania plena da população negra (GOMES, 2012), e também à falta de respeito à pessoa tanto pelo estereótipo étnico quanto pelo pertencimento cultural (DAVIS, 2018). Neste contexto, Jurema Werneck defende que o racismo institucional dispõe de plasticidade, no sentido de mudar de forma ao ser submetido a uma tensão que seja suficiente para oferecer barreiras amplas – ou precisamente singulares – de modo a permitir a realização de privilégio para uns, em detrimento de outros, em toda sua ampla diversidade (WERNECK, 2016).

López (2012) destaca que a utilização do conceito de racismo institucional permite o aumento das possibilidades de se efetivarem nas políticas públicas e organizacionais uma compreensão mais ampla sobre a produção e a reprodução das desigualdades raciais brasileiras. Nessa perspectiva, o autor defende a compreensão de modos de subjetivação quanto ao racismo institucional:

O fato de o racismo institucional se tornar objeto de reflexões acadêmicas articuladas a mobilizações da sociedade civil põe em evidência estratégias contemporâneas de intervenção sobre a existência coletiva em nome da vida e da morte, que atingem,

diferencialmente, populações do ponto de vista racial. Ao mesmo tempo, visibiliza modos de subjetivação em relação a discursos de verdade que, historicamente, vêm racializando indivíduos. Esses sujeitos passam hoje a definir sua cidadania em termos de seus direitos à vida e à saúde (LÓPEZ, 2012, p. 130).

Silva et al. (2009) discorre que este extrapola as relações interpessoais e instaura-se no cotidiano institucional, inclusive na implementação efetiva de políticas públicas, gerando, de forma ampla, desigualdades e iniquidades. Por esta razão, é a dimensão mais negligenciada do racismo (WERNECK, 2016). De acordo com Kalckmann et al. (2007), não se pode deixar de considerar que o profissional comete racismo institucional quando não considera que teve uma atitude racista, ao não escutar a percepção do sujeito que sofreu a ação. Sendo assim, este está presente em processos, atitudes e comportamentos que totalizam em discriminação por preconceito involuntário, ignorância, negligência e estereotipação racista.

O guia de enfrentamento ao racismo institucional foi elaborado pelo Geledés – Instituto da Mulher Negra (BRASIL, 2016) com o objetivo de favorecer a identificação de indícios e evidências de racismo no âmbito das instituições públicas e no setor privado, refletir sobre a reprodução do racismo nos setores público e privado, incidir na formulação e no monitoramento de políticas públicas e consolidar uma metodologia que possa ser adaptada para diferentes setores de ação privada e governamental. Este guia expõe que reconhecer a existência do racismo institucional é essencial para enfrentá-lo e, para tanto, traça algumas alternativas para o seu enfrentamento:

- a) a identificação e a construção de diagnósticos, por cada organização, instituição ou empresa, acerca do racismo institucional;
- b) a elaboração de um plano de ação para seu enfrentamento a partir de um conjunto de respostas e ações sugeridas; e
- c) a construção de indicadores para o monitoramento do plano de ação (BRASIL, 2016, p.16).

O Instituto da Mulher Negra (GELEDÉS), com o informativo “Racismo Institucional: uma abordagem conceitual”, discorre que no Brasil, como medidas de tomadas de decisão oficiais nos processos para eliminação do racismo institucional, há a recomendação para o compromisso da gestão com planejamento e monitoramentos adequados; promover a qualidade dos serviços seja pelo reconhecimento do racismo e enfrentamento a preconceitos e estereótipos; promoção de atendimento e procedimentos adequados e a participação social (BRASIL, 2013).

#### 4. MÉTODO

A pesquisa apresentada trata-se de um estudo exploratório, de natureza quali-quantitativa, realizado em Coaraci-Bahia (Figura 1), município do litoral Sul da Bahia, com área demográfica de 274,5 km<sup>2</sup> e 19.383 habitantes (IBGE, 2010), tendo como público-alvo os profissionais de saúde das Estratégias de Saúde da Família (ESF).



Figura 1 - Localização de Coaraci no Litoral Sul da Bahia. Santos (2019) – Atlas socioeconômico do Litoral Sul da Bahia.

Os estudos exploratórios buscam conhecer as características de um fenômeno para procurar explicações das suas variáveis (causas e consequências) e possibilita ao investigador maximizar seu conhecimento acerca de determinado fenômeno ou problemática (GIL, 2010; LAKATOS, MARCONI, 2011; KÖCHE, 2005).

Os sujeitos da pesquisa foram os/as profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Coaraci-BA. Cada equipe ESF possui: 01 médico/a, 01 enfermeiro/a, 01 odontólogo/a, 01 ou 02 técnicos/as de Enfermagem, 01 técnico/a de saúde bucal, 06 a 07 agentes comunitários de saúde (ACS), com uma média de 11 a 13 componentes da equipe, com um total

aproximado de 96 profissionais de saúde. Essa distribuição dos profissionais de saúde é realizada a partir de critérios geo-epidemiológicos. O processo de seleção desses profissionais foi constituído por todos os ativos (concurados e contratados), lotados/as em uma das oito unidades de ESF que aceitaram participar do estudo, tendo sido excluídos os que estavam de afastamento médico ou férias e não aceitaram participar do estudo, totalizando uma amostra de 53 sujeitos.

O contato com os/as participantes foi intermediado pela Secretaria Municipal de Saúde, representada pela Coordenação da Atenção Básica, que disponibilizou o contato telefônico e e-mail dos profissionais de saúde. Foi realizado contato prévio via telefone, e aos que desejaram participar da pesquisa foi enviado o convite por e-mail com as informações do estudo, dando o prazo de 15 dias para o preenchimento. O processo de coleta de dados foi realizado por meio de um questionário semiestruturado, disponibilizado remotamente pelo Google Forms® (APÊNDICE A), após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B). Os questionamentos do instrumento incluíram questões de identificação, local de trabalho, profissão, autodeclaração da raça, idade, moradia, trabalho, racismo institucional e a política em estudo.

O processo de análise dos dados foi realizado por análise descritiva com avaliação das frequências, porcentagens e correlações analisados pelo Programa Estatístico SPSS®. Os dados qualitativos foram expressos por nuvens de palavras e analisados por meio da utilização do *software* Iramuteq® associado à Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011) a partir da organização, codificação pelo formato de nuvem de palavras e a categorização semântica. O desfecho avaliado relacionou-se ao conhecimento, crença e comportamento dos profissionais que atuam na ESF acerca dos elementos que definem o racismo institucional e o seu conhecimento sobre a PNSIPN.

Para atender às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos, de acordo com a Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, as Resoluções CNS n. 510, de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre a ética em pesquisa nas ciências humanas e sociais, e CNS n. 580, de 22 de março de 2018, que estabelece as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS), o estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFSB), tendo parecer substanciado com CAAE: 44952621.8.0000.8467.

A pesquisa apresentou um risco mínimo relacionado com possível constrangimento advindos do ato de participar de uma entrevista, para responder a um questionário que contém informações pessoais podendo trazer experiências ou situações. Este risco foi minimizado

garantindo liberdade para não responder questões constrangedoras. A pesquisadora assegura que foram respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, e a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa. Assegurou-se também, a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico – financeiro. Em relação aos benefícios, o estudo poderá contribuir para uma reeducação continuada dos profissionais de saúde que atuam nas equipes de Estratégia de Saúde da Família, possibilitando a aquisição de conhecimentos e habilidades sobre o acesso a saúde integral pela população negra, a promoção de qualidade digna de vida, a partir do respeito aos direitos civis, sociais, e culturais.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da amostra de 53 respondentes, 74% são do sexo feminino, e 26% do sexo masculino (Figura 1). Tal premissa é uma característica comum nas profissões de saúde, conforme explicitado por Pereira et al. (2021), Oliveira e Silva (2021) e Piedade et al. (2021) em seus estudos, nos quais afirmam que o gênero feminino se destaca por múltiplos subsídios das mulheres à sociedade em seus diversos papéis produtivos e reprodutivos e, ainda, como importantes provedoras da atenção em saúde.

Wermelinger e colaboradoras (2010), em seu estudo sobre a “Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil”, apontam que, no setor de saúde, a participação das mulheres chega a quase 70% do total, com 62% das classes profissionais de nível superior, chegando a 74% de níveis médio e elementar. Matos et al. (2013) afirmam que essa força de trabalho merece destaque, uma vez que as mulheres lidam com o adoecimento, a dor e o sofrimento em sua amplitude de manifestações, uma vez que trabalham em profissões que envolvem o cuidado e enfrentam as mais variadas possibilidades.

Na autodeclaração da raça, 58,49% dos/as entrevistados/as se autodeclararam pardos/as, seguidos de 18,86% que se declararam pretos/as. Em seguida, 9,43% da raça branca e 7,54% indígena (Figura 2). De acordo com o Estatuto da Igualdade Racial (Lei n. 12.288/2010), a população negra é formada pelos que se reconhecem pretos e pardos.

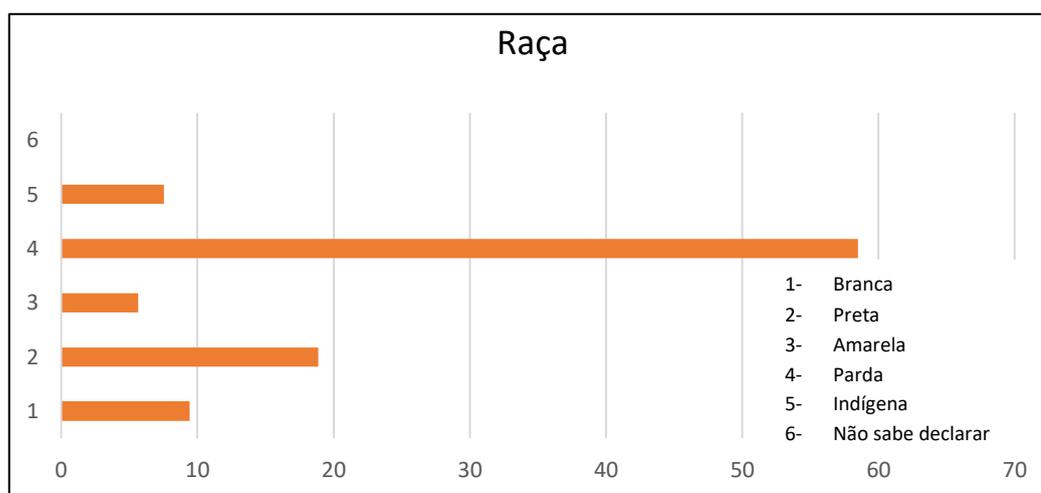


Figura 2 - Distribuição da Autodeclaração da Raça na pesquisa respondida por 53 respondentes das ESF de Coaraci, BA, 2021.

Na distribuição de sexo e raça, trata-se de uma amostra predominantemente feminina e de raça parda (Figura 3). Uma pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em 2013, concluiu que 85,1% dos profissionais de Enfermagem são do sexo feminino e 53% da raça negra. No boletim de pesquisa sobre o monitoramento dos ACS (NOGUEIRA et al.,2020), a maioria dos/as respondentes é composta por mulheres (92,4%), e 52,6% declararam-se pardos/as e 18,8% pretos/as. Estes dados correspondem na Medicina 54,8% de novos registros femininos, contra 45,2% masculinos (MARTINEZ, 2017), e 50,9% de mulheres odontólogas em uma profissão tipicamente masculina que atualmente passa por um processo crescente de feminização (MATOS et al. 2013).

Esses resultados, inclusive o desta pesquisa, são significativos em termos de representatividade, uma vez que para a PNSIPN é importante a população negra sentir-se representada durante as consultas, para que as angústias possam ser de fato abrandadas. A presença de profissionais negros e negras que sabem o peso que o racismo acarreta no processo de saúde/doença ou, na ausência destes, uma abordagem mediada por informações precisas diminuem o risco de problemas causados pelo racismo.

Vale destacar que os que se declararam indígenas são do sexo feminino. Um estudo publicado por Oliveira (2017) aponta extrema iniquidade racial no mercado de trabalho da assistência à saúde pelo/a profissional de saúde indígena, com desigualdades na inserção em relação a brancos, negros e amarelos, o que representa em proporção que os indígenas estão de 26 a quase 1500 vezes menos inseridos no mercado de trabalho em saúde do que indivíduos de outras raças.

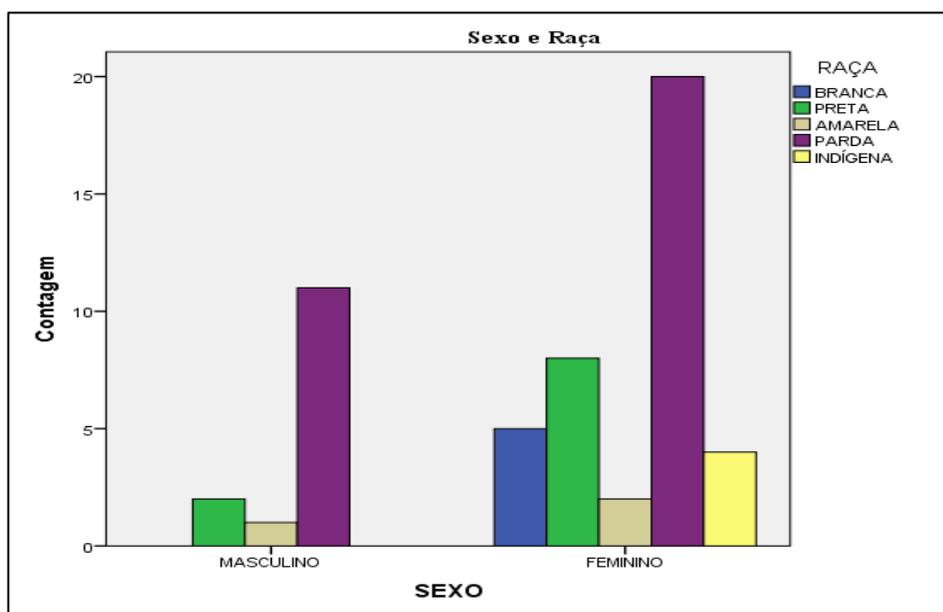


Figura 3 - Distribuição Sexo e Raça, 2021.

Quanto às categorias profissionais dos/as entrevistados/as, a adesão foi maior entre os ACS, representando 49,1% dos/as respondentes, seguidos em ordem decrescente pelos técnicos/auxiliares de Enfermagem, cuja percentagem é de 18,9%; enfermeiras, 13,2%; médicas, 7,5%, e odontólogas 5,7%. Desses participantes, apenas ACS e técnicos/auxiliares de Enfermagem são do sexo masculino. Todos os demais são do sexo feminino, conforme já apresentado e segue exposto na Figura 4.

Representando a maior categoria profissional presente na Atenção Básica (BRASIL, 2012), os ACS, cuja escolaridade exigida é o nível médio de ensino, representam o elo entre a comunidade e a ESF, uma vez que acolhem os usuários, realizam busca ativa, cadastro, orientações, educação em saúde e alimentam os sistemas de saúde com estas e outras informações. E por isso, devem ser, preferencialmente, moradores dos territórios e usuários das próprias unidades (BRASIL, 2012). Milanezi et al. (2020), em seu informativo sobre “Mulheres negras na pandemia: o caso de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS)”, consideram que essa categoria se sente desvalorizada e que a falta de rotina, treinamento, orientações e suporte da gestão aparecem nos relatos da sua pesquisa como indicativos dessa incerteza sobre como atuar, o que reforça a ideia central deste estudo quanto ao déficit de conhecimento dos profissionais de saúde na ESF.

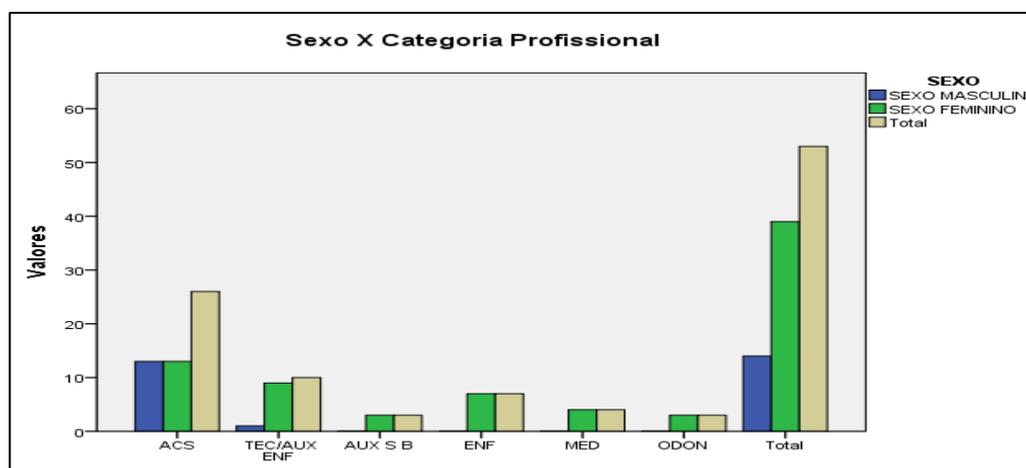


Figura 4 - Distribuição Sexo e Categoria Profissional, 2021.

Na pergunta “Quando você tem algum problema de saúde, onde busca atendimento?”, 58,84% dizem buscar a unidade de saúde do seu bairro, seguidos de 30,76% que preferem o hospital, 9,61% preferem a rede privada de atendimento através dos planos de saúde, 3,84% buscam o pronto-socorro e, por último, 1,923% vão à farmácia. Essa questão visava conferir a confiança na equipe de trabalho, de modo que tal resultado é bastante satisfatório.

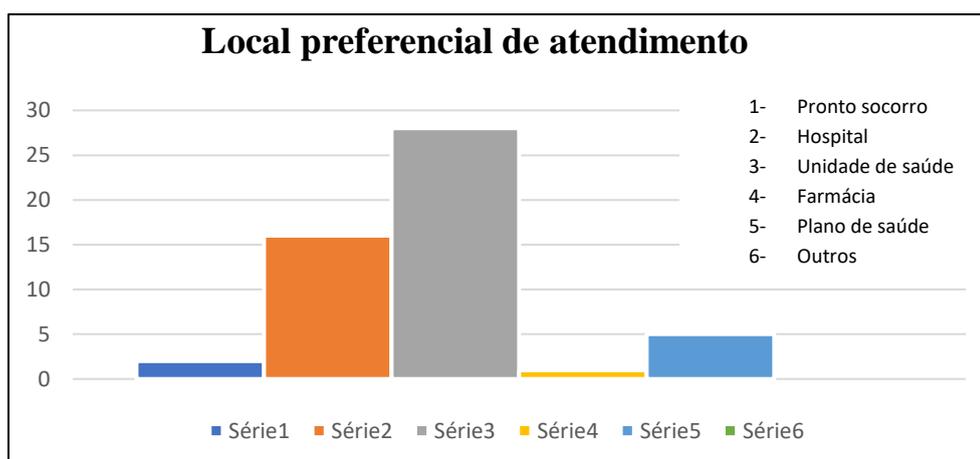


Figura 5 - Local de preferência de atendimento, 2021.

Estudos sobre os fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde – Viegas, et al (2015), Lima et al. (2015), Góes e Nascimento (2013) e Dias, et al (2010) – apontam que profissionais de saúde e usuários indicam importantes lacunas, tais como cobertura da ESF, marcação de consulta, acolhimento, barreiras geográficas, referência e contrarreferência, a falta de recursos humanos, o reduzido horário de atendimento, excesso de procedimentos burocráticos. As desigualdades de gênero e raça também estão entre os fatores que hierarquizam o acesso aos serviços de saúde. Tal característica pode estar relacionada por se tratar de um município de pequeno porte, e a oferta e procura de atendimentos durante este período pandêmico esteja reduzida nas ESF.

Ao se avaliarem enquanto profissional, 71,69% se autoavaliaram como bom e 28,30% como excelente (Figura 6). Judge e colaboradores (2005) afirmam que uma avaliação consistente e positiva que o indivíduo faz de si mesmo traz maiores níveis de satisfação e de afetos positivos dirigidos ao trabalho. O indivíduo satisfeito apresenta metas de trabalho mais congruentes com seu perfil e, por isso, possui maior probabilidade de sucesso, o que o torna mais satisfeito na vida em geral e com seu trabalho, em particular. Kilomba (2019), quando discute sobre a estética decolonial da mulher negra, destaca que esta ambivalência, de ter de preencher imagens empoderadoras, é reflexo de imagens que podem ser danos psicológicos do racismo cotidiano, e tal reflexão pode ser aplicada em comparação a este estudo.



Figura 6 - Autoavaliação profissional, 2021.

Quando indagados se temas como racismo deveriam ser tratados na área de saúde, 79,24% responderam afirmativamente e 20,75% negativamente. Sobre as justificativas destas escolhas, foram codificadas algumas expressões na nuvem de palavras da Figura 8.



Figura 7 - Nuvem de palavras sobre a discussão do tema Racismo na área de saúde, 2021

Com a codificação das expressões, surgiram o que Bardín (2011) conceitua como categorias iniciais e, a partir daí, emergiram quatro categorias finais de acordo com as sugestões da autora quanto ao processo de análise qualitativa. As categorias apresentadas nesta seção emergiram inicialmente do agrupamento das treze categorias iniciais. Tais categorias, detalhadas no Quadro 1, estão pautadas nos discursos dos entrevistados e no referencial teórico.

**Quadro 1 – Categorias conforme análise de conteúdo de Bardin (2011) referentes ao tema Racismo ser trabalhado na área de saúde**

<b>Categoria Inicial</b>	<b>Conceito norteador</b>	<b>Categoria Final</b>
<b>1. Desconfortável</b>	Evidencia a falta de definição inicial à medida que se sente desconfortável em falar sobre o assunto.	I. Valores cognitivos
<b>2. Situações</b>	Representa o reconhecimento de situações de racismo nos dias atuais.	
<b>3. Educação</b>	Reconhece a educação continuada como mecanismo de mudança das práticas de racismo.	
<b>4. Delicado</b>	Denota questões relacionadas à falta de preparo e profissionalismo.	
<b>5. Acesso</b>	Reconhece as dificuldades enfrentadas inicialmente, as quais exigiram muito esforço e cobranças por resultados, características que perduram até hoje.	II. Valores práticos
<b>6. Escola</b>	Admite que é um tema fundamental para ser trabalhado não só na área da saúde, mas em diversos cenários.	
<b>7. Violência</b>	Perfilha o racismo como violência contra a população negra ainda existente em nossa sociedade.	
<b>8. Direitos</b>	Por ser o SUS um sistema universal, reconhecer o racismo pode garantir os direitos individuais.	
<b>9. Cor</b>	Destaca a cor da pele exclusivamente como fenótipo.	
<b>10. Fenótipo</b>	Salienta que o fenótipo é cor da pele e não deve ser tratado com diferença.	III. Valores fisiológicos
<b>11. Igualdade</b>	Salienta os princípios do SUS como base fundamentada para o atendimento à saúde da população negra.	IV. Valores sociais
<b>12. Marcas</b>	Reconhece que vivemos em um país multirracial e que o racismo deixa marcas profundas.	
<b>13. Preconceito</b>	Destaca que o primeiro passo é reconhecer que o racismo ainda existe.	

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Algumas categorias formadas apresentam discordâncias comuns que resultam da ideia errônea da possibilidade de igualdade de uma população desigual. Esses valores expressam as características que norteiam as referências e os modelos de comportamento presentes nos discursos, sendo um bom instrumento de indução para se investigarem as causas a partir dos efeitos.

Alguns discursos apontam características esperadas referentes à dissociação do racismo em relação à pessoa que fala e associação a outras, a exemplo de um entrevistado quando diz:

“Não sou racista, mas muitas pessoas são. É isto que faz as pessoas sofrerem. Ser tratado por pessoas racistas traz marcas para o resto da vida, e aí entra o profissional de saúde para cuidar e tratar esse ser humano”.

Ribeiro (2019) sugere que as pessoas não devem entrar em uma discussão sobre racismo dizendo “mas eu não sou racista”, pois esse não é um posicionamento moral, individual, mas, sim, um problema estrutural, que contribui para perpetuar a opressão.

Outro entrevistado enfatiza: “Porque o preto e o branco não têm o mesmo nível de atendimento. O rico e o pobre deveriam ter o mesmo atendimento apesar que somos todos iguais”.

Mbembe (2014) enfatiza que para o racista ver um negro é não ver que ele não está lá, não existe, o que ele define como lugar onde se encontram as regiões obscuras e sombrias do inconsciente. Kalckmann e colaboradores (2007) enfatizam que não se pode deixar de considerar o racismo na área de saúde, evidenciada nas interações entre pessoas, pois mesmo o profissional que considera não ter atitudes racistas, ao não escutar a percepção do sujeito que sofreu a ação, também contribui para o racismo institucional.

Em relação ao conhecimento sobre a PNSIPN, 64,15% referiram não conhecer a política. Tal resultado é preocupante, uma vez que esta foi criada em 2007 e, embora caminhe a passos lentos, já possui 14 anos de existência e resistência. Sendo uma conquista de direitos sociais, não deve ser vista apenas como resultado de iniquidades, pois é resultante do reconhecimento das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.

Um estudo realizado por Mazon (2014), ao realizar um treinamento sobre a PNSIPN em uma unidade de saúde, identificou a necessidade de dar continuidade às discussões sobre o racismo, sobre a saúde da população negra e suas especificidades, propondo ações de promoção, educação em saúde com a comunidade negra. Dos 35,84% que afirmaram conhecer a política, disseram ter conhecido durante o curso de graduação, o que sugere o cumprimento da Lei n. 10.639 e da Lei n. 11.645.

Na questão referente à avaliação da PNSIPN, os discursos variaram entre o desconhecimento e a perspectiva de não haver necessidade de um cuidado diferenciado para a população negra. Esse posicionamento foi observado ao citarem os princípios que norteiam o atendimento do SUS (universalidade, equidade e integralidade) de acordo com os processos comportamentais de descrença e crença conforme sugerido por Laurence Bardin (2011) resultado da classificação analógica e progressiva dos elementos codificados a seguir no quadro 2:

**Quadro 2 – Processos comportamentais referentes à avaliação da PNSIPN**

<b>Comportamento</b>	<b>Discurso</b>
<b>Descrença</b>	“Só funciona no papel”; “O assunto é muito abrangente”; “Desconheço”; “Não conheço”;

	<p>“É boa, porém é pouco divulgada e ineficaz no momento em que as pessoas continuam desassistidas tanto estrutural como institucional”;</p> <p>“Não tenho como avaliar”;</p> <p>“Faço ao paciente tudo aquilo que lhe é devido por direito ou dever, sem olhar as diferenças de cor ou raça dos mesmos”.</p>
<b>Crença</b>	<p>“Foi criada para garantir que os princípios do SUS - principalmente o da equidade”;</p> <p>“Todo este tipo de política em favor desta população eu avalio como positiva pois trata-se de situações necessárias e favoráveis a essa população”;</p> <p>“Acredito que ela tem muito a fortalecer na democracia”.</p>

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Nesses discursos, prevalece a leitura biomédica da doença, e não a importância do marcador social de raça/cor, o qual demarca o racismo que produz outras questões relativas ao processo saúde-doença. Por tratar-se de uma política caracteristicamente transversal, sua efetivação depende do envolvimento das diversas áreas e esferas de gestão da saúde. Percebe-se que há um despreparo dos profissionais de saúde em relação ao impacto do racismo na vida, no acesso aos serviços e na qualidade da atenção.

Sobre a autoavaliação de atendimento da equipe e individual, tanto no quesito raça/cor, quanto no quesito situação socioeconômica, os dados refletem posicionamentos semelhantes dos/as respondentes, de não atribuírem discriminação e identificarem racismo nos atendimentos, gerando uma autoavaliação positiva (Tabela 1).

**Tabela 1 - Distribuição da autoavaliação de atendimento da equipe e individual**

<b>AUTOAVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO DA EQUIPE E INDIVIDUAL</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>Você acha que, de modo geral, seus/suas colegas de profissão atendem da mesma forma, independentemente da raça/cor das pessoas?</b>	81,13%	18,87%
<b>Você acha que, de modo geral, seus/suas colegas de profissão atendem da mesma forma, independentemente da situação socioeconômica das pessoas?</b>	77,36%	22,64%
<b>De modo geral, seu atendimento é da mesma forma, independentemente da raça/cor das pessoas?</b>	88,68%	11,32%
<b>De modo geral, seu atendimento é da mesma forma, independentemente da situação socioeconômica das pessoas?</b>	79,24%	20,75%

Fonte: Elaborada pela autora (2021)

Segundo Williams e Mohammed (2009), pesquisas advertem que, em diversos contextos sociais, as percepções de tratamento injusto, seja por fatores sociais ou por raça/etnia, estão adversamente associadas à saúde, o que dificulta a percepção dos/as profissionais de saúde nas situações de discriminação. Reconhecer essas iniquidades é um grande passo para a melhoria do atendimento. Como disse Ribeiro (2019), o ponto de partida é desnaturalizar o olhar condicionado pelo racismo. Destarte, torna-se necessário repensar radicalmente o que é preciso fazer para melhorar as condições de saúde da população e erradicar os grandes déficits de saúde decorrentes do racismo.

Sobre o questionamento se em algum momento o/a respondente já praticou atos de racismo, 90,57% responderam negativamente. Embora o racismo seja realidade em todos os lugares, é comum ser negado pela maior parte da população, atribuindo-se o preconceito ao outro, e nunca a si mesmo, o que é facilitado pelas práticas veladas de racismo, que ocorrem cotidianamente conforme os estudos de Barreto e Heloani (2015) e López (2012). Esses autores apontam que atos de racismo coexistem com a intolerância nas relações de trabalho através de atitudes violentas, discriminatórias, irônicas, doentias e recorrentes, que configuram o assédio laboral estimulado pela forma de o capitalismo organizar o trabalho na contemporaneidade; ou seja, é impossível não ser racista tendo sido criado numa sociedade racista, de modo que reconhecer-se racista é um passo para o entendimento das estruturas racistas. É algo que está em nós e contra o que devemos lutar sempre (RIBEIRO, 2019).

Dos que responderam afirmativamente ao questionário, os discursos para justificar as respostas estão dispostas *ipsis litteris* a seguir:

“Sou totalmente contra ao racismo”;

“De forma involuntária, reagindo a alguma piada ou repetindo expressões que hoje entendo como racistas e que por ignorância da época, já usei”;

“Quando ando na rua e vejo um negro atrás de mim eu já acho que vou ser assaltada. Principalmente se ele tiver uma ‘volta’ grossa no pescoço.”

Este último discurso traz embutida a questão do estereótipo atrelado ao preconceito entranhado que circula a respeito dos negros, longe de lamentar-se da cor (MUNANGA, 2008), o modo como a sociedade e a mídia retratam as pessoas negras como potencialmente perigosas, potencialmente criminosas (DAVIS, 2018).

Em relação à pergunta se o participante já havia sido acusado de práticas de racismo, apenas dois responderam afirmativamente, contudo não justificaram a resposta. Mesmo padrão de resposta se repetiu para o questionamento se o/a respondente já havia presenciado alguma

situação no trabalho que envolveu racismo, com oito respostas afirmativas, sendo que apenas um participante justificou “entrei na situação”, sem explicações.

As respostas a esse bloco de questões evidenciam a repetição de um padrão já bastante tratado pelos estudiosos. O não reconhecimento do racismo no dia a dia do trabalho advém, dentre outros fatores, da invisibilidade destinada à pessoa negra, como a que é apontada por Mbembe (2014) ao discutir a visão do racista ao ver um negro:

Para o racista, ver um negro é não ver que ele não está lá; que ele não existe; que ele mais não é do que o ponto de fixação patológico de uma ausência de relação. É, portanto, necessário considerar a raça enquanto um aquém e um além do ser. É uma operação do imaginário, o lugar onde se encontram as regiões obscuras e sombrias do inconsciente (MBEMBE, 2014, p. 66).

Moreira (2000) aponta que as práticas racistas nem sempre são racionalmente percebidas pelas pessoas, embora deva-se reconhecer que é significativa a presença de relatos e termos denunciadores do racismo no atendimento à saúde. Em relatório publicado, essa autora expõe nos resultados que 43% dos 240 participantes (profissionais e usuários) do seu estudo declararam já terem percebido alguma discriminação racial nos serviços de saúde. Sobre o quesito se já ouviram falar sobre racismo institucional, 54,72% referiram que sim, e 45,28% que não. O padrão de respostas revela que, mesmo os que responderam afirmativamente quanto a ter praticado atos de racismo, partem de conceitos prontos para se justificarem, inclusive com repetição de frases conceituais, o que pode ser confirmado a partir da leitura dos discursos apontados a seguir:

**Quadro 3 - Categorização dos discursos em relação a conceitos pré-existent**

<b>Conceitos</b>	<b>Discursos dos entrevistados</b>
<b>Tratamento diferenciado</b>	“É basicamente o tratamento diferenciado entre raças, no interior de organizações, sejam elas privados ou públicas;”
<b>Sociedade racista</b>	“É o racismo com a raça negra no meio da sociedade racista;”
<b>Tratamento desigual</b>	“Tratamento desigual em uma instituição devido a raça;”
<b>Forma de desigualdade</b>	“É qualquer forma de desigualdade que se baseia em raça. Dessa maneira, esse fato tende a ocorrer em instituições como órgãos públicos governamentais e corporações;”
<b>Falta de respeito</b>	“É uma falta de respeito com a população negra;”
<b>Diferenciar atendimento e tratamento</b>	“Diferenciar o atendimento e tratamento em órgãos ou instituições;”
<b>Tratamento baseado na cor</b>	“É o tipo de tratamento que a pessoa recebe baseado na sua cor. Ele é praticado por uma empresa ou instituição;”

<b>Fracasso coletivo</b>	“Fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa da sua cor, cultura ou origem étnica;”
<b>Desigualdade racial</b>	“Qualquer desigualdade racial que possa vir a ocorrer em órgãos públicos, universidades entre outros;”
<b>Discriminação</b>	“É toda forma de discriminação em que a pessoa é subestimada. Seja em uma instituição pública ou privada;”
<b>Discriminação racial Práticas que dificultam acesso, ingresso, permanência</b>	“É toda prática de discriminação racial individual dentro de uma instituição como ofensa, injúria. Pode se entender também como práticas que dificultam o acesso/ingresso ou permanência da população negra a estes serviços de forma velada;”
<b>Desigualdade de tratamento</b>	“É a desigualdade de tratamento entre negros e brancos dentro das instituições;”
<b>Injúrias</b>	“Injúrias, etc.;
<b>Privilégios negados</b>	“Triste realidade. Alguns tem privilégios, outros não;”

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

López (2012) aventa que o racismo institucional está presente no funcionamento cotidiano de instituições e organizações, produzindo desigualdade na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial, o que se configura como negligência profissional. Santos et al. (2011) refletem que uma instituição está sendo negligente quando não está preparada para perceber as necessidades de determinado grupo, em função da sua origem étnico-racial, omitindo-se, negando-se ou não promovendo a qualificação necessária para atender a esta população. Tal fala norteia o conceito de racismo estrutural presente nas organizações, sendo estruturador das relações sociais e estando institucionalizado no imaginário nacional brasileiro, uma vez que muitos estudos a respeito da desigualdade racial foram utilizados para justificar a inferioridade negra, fomentando as condições desiguais do negro na sociedade (ALMEIDA, 2019; BAGGIO et al. 2019; BERSANI, 2018; SILVA, 2020).

A figura abaixo traz a representação codificada da repetição das palavras nas falas referentes ao conhecimento do conceito de racismo institucional. A partir da triangulação com os resultados observados, constituíram-se em unidades de registro, para então efetuar-se a categorização progressiva.



Figura 8 - Nuvem de palavras sobre a representação do Racismo Institucional, 2021.

No que se refere às condições de saúde e de vida da população negra, Cruz (2006) expõe que os indicadores de avaliação são: a escolaridade, a renda familiar, as condições de moradia e saneamento. Ela destaca que as doenças não discriminam, no entanto, um perfil crítico de saúde e de condições de vida pode ser determinante para a aquisição, cura ou reabilitação de um agravo em saúde. Na figura 10, vê-se o elenco de razões por que, segundo os/as entrevistados/as, a população negra é mais discriminada. A raça e as condições socioeconômicas se aproximam, sendo esta última mais relatada. Kilomba (2019), em seu estudo, analisa que a narração do racismo ocorre por meio de descrições do outro branco em oposições binárias: branca/negra, preguiçosa/trabalhadora, privilegiada/não privilegiada, rica/pobre, ou seja, um termo só ganha significado em relação à sua contraparte.

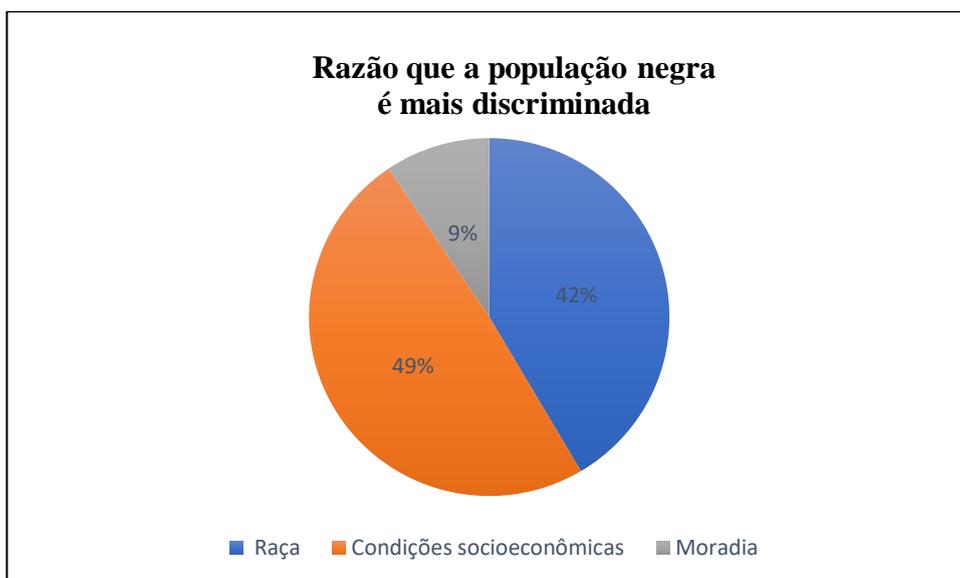


Figura 9 - Distribuição da razão pela qual a população negra é mais discriminada

A Pesquisa Nacional de Saúde – PNS, realizada em 2013 pelo Ministério do Planejamento e IBGE, investigou os motivos percebidos pelas pessoas que se sentiram discriminadas no serviço de saúde, apontando que a falta de dinheiro (53,9%) e a classe social (52,5%) foram os motivos pela discriminação (PNS, 2015). Outro estudo realizado por Kalckmann et al. (2007) demonstrou que 60,0% dos pretos e 40,8% dos pardos percebem discriminação racial nos serviços de saúde.

Por fim, foi solicitado aos sujeitos do estudo que indicassem formas de combater o racismo. Houve a tendência de um discurso de rejeição ao questionamento pelo padrão de respostas conceituais sobre o racismo. De maneira geral, não foram dadas alternativas de combate ao racismo, conforme se pode perceber pelo desmembramento dos conteúdos em categoriais agrupadas analogicamente (BARDIN, 2011) no quadro 4:

**Quadro 4 - Categorização dos discursos em relação a respostas conceituais**

<b>Conceitos</b>	<b>Discursos dos entrevistados</b>
<b>Crime de ódio</b>	<p>“Quando se trata de crime de ódio”;</p> <p>“Quanto há crime de ódio e discriminação racial direta”;</p> <p>“Na periferia é mais evidente as ações racistas. A situação socioeconômica é um fator que muito contribuiu para evidenciar o racismo, principalmente que há um vínculo com o mundo do crime”;</p> <p>“Quando um indivíduo ou grupo age de forma violenta, física ou verbalmente”;</p>
<b>Reconhecimento do racismo</b>	<p>“É preciso que todos sem exceção reconheçam que o racismo existe e saibam como agir contra ele”;</p> <p>Essa dificuldade tornar-se existente, por conta de nós seres humanos não propagarmos o amor ao próximo de forma respeitosa, digna e igualitária”;</p> <p>“O racismo é uma luta diária onde estar presente em várias situações. Sendo assim, deve ser trabalhado de forma pessoal, ou seja, tornar-se efetivo e difícil de ser combatido quando o seu "eu" não é trabalhado para conscientizar-se de que somos todos iguais!”;</p> <p>“Dentro de nós mesmos, devemos enxergar além da aparência e deixar o racismo de lado”;</p> <p>“Combater o racismo é muito difícil, mas posso combater a começar em mim”.</p>
<b>Uso de cotas governamentais</b>	<p>“Na minha opinião, as cotas do governo é uma forma de racismo, e principalmente entre a própria etnia negra”;</p>
<b>Fenótipo</b>	<p>“Pela sua cor negra”;</p>
<b>Racismo estrutural</b>	<p>“De forma estrutural”;</p> <p>“O racismo estrutural e institucional é o mais difícil de ser combatido. O estrutural é aquele que já está na estrutura da sociedade e não percebemos; e o institucional é efetivado através da justiça das ações policiais, das práticas educacionais e políticas de saúde, entre outros”;</p>

	<p>“Na forma estrutural, onde nossa sociedade foi constituída, pois é normalmente visto e entendido como natural, sendo "despercebida" sua prática”;</p> <p>“É complexo, porque sua desconstrução necessita de intervenção em toda estrutura social”.</p>
<b>Valor cultural</b>	<p>“Porque é uma questão cultural e de conscientização”;</p> <p>É difícil de se combater pois os negros não contam sua história pois foi muito discriminada e isso acabou e criou raízes no coração do homem apesar do tempo, e é difícil de se arrancar. É difícil de se arrancar, independente da situação econômica, ou moradia, pois o preconceito é com a cor da pele”;</p> <p>“As pessoas negras são subjugadas”;</p> <p>“Penso que no momento o Brasil deu a liberdade aos negros e esqueceu de dar condições para esses negros das condições de sobrevivência. Por isso criou-se os “livres” escravos negros onde o sujeito não acha que tem o direito de pertencer e isso se aplica a todo o mundo e aqui ainda existe racismo dissimulado”;</p> <p>“Porque a população brasileira ainda não sabe separar as coisas. A raça branca é mínima, por isso acha que o negro ainda continua escravos”;</p> <p>O racismo é mais efetivo nos locais de trabalho, digo no mercado de trabalho onde não merecem tal cargo, ou salário por causa da raça. É difícil de ser combatido porque existe desde o século XVI e não foram criadas políticas apropriadas após a lei áurea”;</p>
<b>Negação</b>	<p>“Porque as pessoas não gostam de falar sobre racismo e acreditam que ele não existe”;</p> <p>“Principalmente entre aqueles que tem uma resistência de assumi-o como um problema social”;</p> <p>“Quando a própria pessoa não se aceita”;</p> <p>“Quando se nega que o racismo existe e quando se acredita que a luta contra o racismo é apenas dos negros”;</p> <p>“Geralmente a presença racial acaba sendo mais efetiva e difícil para as pessoas”.</p>

Fonte: Elaborada pela autora (2021)

Os crimes de ódio deixam cicatrizes físicas, psicológicas e prejudicam a coesão social com ampliação das desigualdades (CANINI, 2020), estão presentes desde os primórdios dos tempos e os princípios básicos da ética e da moral não mais trazem respostas e contribuições de modo satisfatório no que tange à elucidação de tais crimes na sociedade, contribuindo, assim, para a formação de sujeitos amorais e preconceituosos (KUMOV, 2004).

Na pesquisa, o reconhecimento da condição de racista foi apontado como uma alternativa para o combate ao racismo. Embora essa linha de pensamento pareça a mais adequada, o problema reside, justamente, na dificuldade desse reconhecimento. Segundo Ribeiro (2018), todos sabem que o racismo existe, mas ninguém se vê como racista. Para essa autora, é preciso haver ação antirracista de fato. Para tanto, cita como exemplos efetivos a

participação popular, a leitura de intelectuais negros e o uso destes autores por pesquisadores decoloniais.

Dijk (1992) defende que negar o racismo protege os opressores, vulnerabiliza as vítimas, deslegitima o combate antirracista e enfraquece a resistência. Destaca que entre essas formas de negação estão renúncias, mitigação, eufemismo, desculpas, culpabilização da vítima, reversão e outros movimentos de defesa, manutenção da face e auto apresentação positiva em discurso negativo sobre minorias, imigrantes e (outros) antirracistas.

Já Munanga (2009) afirma que negar a existência do racismo é apagar a história, o passado colonialista e o pertencimento da população negra. Já Fanon (2008) explica que, mediante uma tentativa de retomada de si e de despojamento permanente de sua liberdade, os homens podem criar as condições de existência ideais, a fim de combater o racismo em um mundo humano.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo norteou-se, em linhas gerais, pelo questionamento acerca da existência, ou não, de práticas humanizadas à população negra, realizadas pelos/as profissionais de saúde, a fim de haver melhor inclusão no atendimento a essa população, com vistas a potencializar o acesso a saúde em seu território. Avalia-se que ainda há, entre os profissionais de saúde entrevistados, desconhecimento referente ao racismo institucional. A partir das respostas, percebe-se que a ausência de uma implementação efetiva de programas para implementar a PNSIPN compromete o acesso da população negra aos serviços de saúde e diminui as possibilidades de diálogo.

Cabe aos gestores instituir a PNSIPN a fim de combater qualquer manifestação de racismo no serviço de saúde, bem como avaliar os problemas mais recorrentes em meio à população negra da região e planejar soluções, seja por meio de treinamentos e educação continuada, seja por medidas mais restritivas como punições trabalhistas.

Ribeiro (2019) afirma que pessoas brancas devem se responsabilizar criticamente pelo sistema de opressão que as privilegia historicamente, produzindo desigualdades, e pessoas negras podem se conscientizar dos processos históricos para não reproduzi-los. Ao expandir essa ideia, deve-se refletir que não basta haver um movimento das pessoas por categorias étnico-raciais, e sim movimentos institucionais de combate ao racismo.

Cada vez mais serão necessários estudos que possam expor as raízes que constroem a identidade e a vida, para, a partir daí, criar uma cultura de afirmação de atitudes antirracistas nas unidades de saúde do Brasil, até que se alcance o estado de nulidade de opressão racial nesses ambientes.

A cartilha informativa, integrante deste trabalho, visa fazer parte do movimento de explicitação do racismo nas Unidades de Saúde, colaborando para a sensibilização dos profissionais de saúde sobre suas práticas. Nas análises, destaca-se a atenção para o fato de o racismo apresentar variadas formas de expressões, sob a ótica de que os determinantes sociais e da saúde são resultados também de práticas racistas e, por consequência, ampliam as iniquidades nas demandas da saúde da população negra. A cartilha será disponibilizada aos profissionais de saúde em formato digital. Espera-se com isso contribuir para uma educação antirracista nas equipes da ESF, tanto no nível individual como coletivo, em prol do enfrentamento de iniquidades étnico-raciais em saúde, com respeito às heranças e pertencimento cultural.

## REFERÊNCIAS

### ARTIGOS E LIVROS

ALBUQUERQUE, W. **O jogo da dissimulação: Abolição e cidadania negra no Brasil.** São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

ALMEIDA, S. **Racismo Estrutural.** São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

BAGGIO, R. C.; et al. Raça e Biopolítica na América Latina: os limites do direito penal no enfrentamento ao racismo estrutural. **Rev. Direito Práx.**, Rio de Janeiro, vol.10, n.3, p. 1834-1862, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rdp/v10n3/2179-8966-rdp-10-03-1834.pdf>. Acesso em: 10/04/2021.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, M.; HELOANI, R. Violência, saúde e trabalho: a intolerância e o assédio moral nas relações laborais. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 123, p. 544-561, 2015. Disponível em: <https://pesquisa-eaesp.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/0101-6628-sssoc-123-0544.pdf>. Acesso em: 06/04/2021.

BATISTA, L. E. Discriminação ainda uma realidade. In: Saúde da população negra: os males da desigualdade. **Radis**, Rio de Janeiro, n.142, p.15, 2014. Disponível em: [www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/142](http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/142). Acesso em: 10/04/2021.

BATISTA, L. E. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 681-690, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a16v37n99.pdf>. Acesso em: 20/04/2021.

BERSANI, H. Aportes teóricos e reflexões sobre o racismo estrutural no Brasil. **Extraprensa**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 175 – 196, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/extraprensa/article/view/148025/147028>. Acesso em: 10/05/2021.

CAMINHA, M. O humor racista midiático: as políticas da dor e do ódio como desenho risível do corpo negro. **Art Cultura**, Uberlândia, v. 22, n. 41, p. 126-147, 2020. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/artcultura/article/view/58647/30622>. Acesso em: 18/04/2021.

CAMPOS, W. O. Expectativas em torno da Lei Afonso Arinos (1951): a “nova Abolição” ou “lei para americano ver”? **Revista Latino-Americana de História**. vol., 4, n.13, Unisinos,

São Leopoldo, 2015. Disponível em:  
<http://projeto.unisinos.br/rla/index.php/rla/article/viewFile/619/586>. Acesso em: 20/04/2021.

CANINI, R. **Os efeitos do discurso sobre a violência:** uma análise do crime de ódio no Brasil. Departamento de Economia. Monografia de Final de Curso. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: [http://www.econ.puc-rio.br/uploads/adm/trabalhos/files/Renata\\_V\\_A\\_de\\_M\\_Canini\\_Mono\\_20.1.pdf](http://www.econ.puc-rio.br/uploads/adm/trabalhos/files/Renata_V_A_de_M_Canini_Mono_20.1.pdf). Acesso em: 11/04/2021.

CHOR, D.; LIMA, C. R. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V. 21, nº5, p. 1586-1594, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/33.pdf>. Acesso em: 10/04/2021.

CRAIG, R. L. **Systemic Discrimination in Employment and the Promotion of Ethnic Equality**. Martinus Nijhoff Publishers. Boston, 2007.

CRUZ, I.C.F. Saúde e iniquidades raciais no Brasil: o caso da população negra. **Online braz j nurs.**, Rio de Janeiro, V. 5, n. 2, 2006. Disponível em:  
<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6950>. Acesso em: Acesso em: 06/04/2021.

DAVIS, A. **A liberdade é uma luta constante. 1. ed.** São Paulo: Boitempo, 2018.

DIAS; S.; et al. Procura de Cuidados e Acesso aos Serviços de Saúde em Comunidades Imigrantes: um Estudo com Imigrantes e Profissionais de Saúde. **Arquivos de Medicina**. V. 24, n. 6, p. 253-59; 2010. Disponível em:  
[https://www.researchgate.net/publication/317470488\\_Procura\\_de\\_Cuidados\\_e\\_Acesso\\_aos\\_Servicos\\_de\\_Saude\\_em\\_Comunidades\\_Imigrantes\\_Um\\_estudo\\_com\\_imigrantes\\_e\\_profissionais\\_de\\_saude](https://www.researchgate.net/publication/317470488_Procura_de_Cuidados_e_Acesso_aos_Servicos_de_Saude_em_Comunidades_Imigrantes_Um_estudo_com_imigrantes_e_profissionais_de_saude). Acesso em:04/04/2021.

DIJK, T. A. V. Denying Racism: Elite Discourse and Racism. **Impact Factor**. vol. 3, edição 1, 1992. Disponível em: <http://www.discourses.org/OldArticles/Denying%20racism%20-%20Elite%20discourse%20and%20racism.pdf>. Acesso em: 13/04/2021.

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Trad. R. da Silveira. Salvador: EDUFBA, 2008.

FRY, P. H.; et al. AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V. 23, nº 3, p. 497-523, 2007. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2007.v23n3/497-507/>. Acesso em: 11/04/2021.

GIL; A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOES; E. F.; NASCIMENTO; E. R. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro; v. 37, n. 99, p. 571-579, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2013.v37n99/571-579/pt>. Acesso em: 04/04/2021.

GOMES; N. L. Relações étnico-raciais: educação e descolonização dos currículos. **Currículo sem Fronteiras**. v.12, n.1, p.98-109, 2012. Disponível em: [http://www.apeoesp.org.br/sistema/ck/files/5\\_Gomes\\_N%20L\\_Rel\\_etnico\\_raciais\\_educ%20e%20descolonizacao%20do%20curriculo.pdf](http://www.apeoesp.org.br/sistema/ck/files/5_Gomes_N%20L_Rel_etnico_raciais_educ%20e%20descolonizacao%20do%20curriculo.pdf). Acesso em: 02/03/2021.

JONES, C. P. Confronting Institutionalized Racism. **Phylon (1960)**, Atlanta, vol. 50, n. 1/2, pp. 7–22, 2002. Disponível em: [www.jstor.org/stable/4149999](http://www.jstor.org/stable/4149999). Acesso em: 18/04/2021.

JUDGE; T. A.; et al. Core self-evaluations and job and life satisfaction: the role of self-concordance and goal attainment. **Journal of Applied Psychology**, Washington – DC, V. 90; p. 257-268, 2005. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2005-02538-004>. Acesso em: 05/04/2021.

KALCKMANN, S.; et al. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS. **Saúde soc.**, São Paulo, V. 16, n. 2, p. 146-155, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n2/14.pdf>. Acesso em: 04/04/2021.

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

KÖCHE; J. C. **Pesquisa científica**: critérios epistemológicos. Petrópolis: Vozes, 2005.

KUMOV, T. N. M. **Crimes de ódio**. Faculdades Integradas “Antônio Eufrásio de Toledo” Trabalho de conclusão de curso. Presidente Prudente/SP, 2004. Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/Direito/article/viewFile/266/259>. Acesso em: 11/04/2021.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

LIMA, S. A. V. et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, V. 25, n. 2, p. 635-656, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00635.pdf>. Acesso em: 05/04/2021.

LÓPEZ, L.C. The concept of institutional racism: applications within the healthcare field. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, V.16, n.40, p.121-34, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop0412.pdf>. Acesso em: 06/04/2021.

MAIO, M. C.; MONTEIRO, S. Tempos de racialização: o caso da ‘saúde da população negra’ no Brasil. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, v. 12, n. 2, p. 419-46, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v12n2/09.pdf>. Acesso em: 10/04/2021.

MALTA, D.C.; et al. Fatores de risco e proteção de doenças e agravos não transmissíveis em adolescentes segundo raça/cor: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, V. 20, n.2, p.247-259, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n2/1980-5497-rbepid-20-02-00247.pdf>. Acesso em: 02/03/2021.

MARTINEZ, M. R. A abordagem equitativa de gênero como uma estratégia de gestão para fixação de médicos em áreas vulneráveis. **Interface – Comunicação; saúde e educação**, Botucatu, V. 21, Supl.1, p. 1193-204, 2017. Disponível em: <https://scielosp.org/article/icse/2017.v21suppl1/1193-1204/>. Acesso em: 03/04/2021.

MATOS, I. B. et al. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. **Athenea Digital**, Barcelona, V. 13, n. 2, p. 239-244, 2013. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/118035/000894801.pdf>. Acesso em: 03/04/2021.

MAZON, E. M. **Qualificação dos profissionais da UBS São Benedito para a implantação da política de saúde integral da população negra**. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 2014. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/4231>. Acesso em: 06/04/2021.

MBEMBE, A. **Crítica da razão negra**. São Paulo: n-1 edições, 2014.

MILANEZI, J.; et al. Mulheres negras na pandemia: o caso de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). **Informativos Desigualdades Raciais e Covid-19**. AFRO-CEBRAP, São Paulo, n. 5; dez. 2020. Disponível em: <https://cebrap.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Informativo-5-Mulheres-negras-na-pandemia-o-caso-de-Agentes-Comunita%CC%81rias-de-Sau%CC%81de-ACS-.pdf>. Acesso em: 04/04/2021.

MOREIRA, A. **Racismo recreativo**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, (Col. Feminismos Plurais), 2019.

MOREIRA, D. **Relatório de pesquisa: a reprodução do racismo no setor saúde: sobrevivência e cidadania em risco**. Belo Horizonte: Fundação MacArthur, 2000.

MUNANGA, K. **Negritude**: usos e sentidos. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2009.

NOGUEIRA, M. L. *et al.* **1º Boletim da pesquisa Monitoramento da saúde dos ACS em tempos de Covid-19**. Fiocruz, Rio de Janeiro; 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/42709/4/Boletim%20ACS%20%2825-08%29.pdf>. Acesso em: 03/04/2021.

OLIVEIRA, R. G. *et al.* Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. **Cad. Saúde Pública**; 36(9): e00150120, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2020.v36n9/e00150120/pt>. Acesso em: 16/04/2021

OLIVEIRA, J. F. **A presença de profissionais indígenas na assistência à saúde no Brasil**. 152 f.; il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Brasília: Universidade de Brasília, 2017. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/24235/1/2017\\_JuliFerreiradeOliveira\\_PARCIAL.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/24235/1/2017_JuliFerreiradeOliveira_PARCIAL.pdf). Acesso em: 03/04/2021.

OLIVEIRA, V. P. S.; SILVA, H. R. Prevalência da síndrome de Burnout entre profissionais de saúde que atuam em unidades de terapia intensiva. **Brazilian Journal of Development**; Curitiba; v.7; n.2; p. 17863-17875; fev; 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/25054>. Acesso em: 04/04/2021.

PEREIRA, M. G. *et al.* Saúde mental de mulheres profissionais de saúde no Brasil: uma revisão do discurso. In: **Saúde mental e suas interfaces: rompendo paradigmas**. Belo Horizonte-MG: Poisson, 2021. Disponível em: [https://www.poisson.com.br/livros/individuais/Saude\\_Mental\\_Paradigmas/Saude\\_Mental\\_Paradigmas.pdf#page=24](https://www.poisson.com.br/livros/individuais/Saude_Mental_Paradigmas/Saude_Mental_Paradigmas.pdf#page=24). Acesso em: 04/04/2021.

PIEIDADE, F.L. *et al.* Os significados acerca da Estratégia Saúde da Família para uma comunidade. **Revista Nursing** (São Paulo). 24(273); 5219-5228; 2021. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/881/1396> Acesso em: 04/04/2021.

RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte-MG: Letramento: Justificando, 2017.

RIBEIRO, D. **Pequeno manual antirracista**. 1ª ed, São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

RIBEIRO, D. **Quem tem medo do feminismo negro?** São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

RIBEIRO, E. C. Saúde para a população negra e seus desdobramentos: algumas abordagens. **Kwanissa**, Dossiê: Estudos africanos e Afro-brasileiros: pesquisas da primeira turma, São Luís, v. 4, n. 7, , p. 206-233, 2021. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/kwanissa/article/view/14479>. Acesso em: 20/04/2021.

SANTOS, A. A. P. **Atlas socioeconômico Litoral Sul da Bahia**. 1. Ed. Itabuna, BA: Gasparetto Pesquisa e Estatística, 2019. Disponível em: [https://www.academia.edu/41676934/ATLAS\\_SOCIOECON%3%94MICO\\_LITORAL\\_SUL\\_DA\\_BAHIA](https://www.academia.edu/41676934/ATLAS_SOCIOECON%3%94MICO_LITORAL_SUL_DA_BAHIA). Acesso em: 22/04/2021.

SANTOS, A. B. S.; et al. Racismo institucional e informação em saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública.**, Salvador, v.35, supl.1, p. 231-242, 2011. Disponível em: <https://www.rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/158/153>. Acesso em: 08/04/2021.

SANTOS, H. **A busca de um caminho para o Brasil: a trilha do círculo vicioso**. Senac., São Paulo, p. 109–110, 2001. Disponível em: [http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v08n03/v08n03\\_09.pdf](http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v08n03/v08n03_09.pdf). Acesso em: 05/04/2021.

SANTOS, V. C. et al. Saúde da população negra no contexto da pandemia da covid-19: uma revisão discurso. **Brazilian Journal of Development**, São José dos Pinhais, n. 2306, 2021. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:O-EBDMzVnlMJ:https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/download/22800/18281+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-b-d>. Acesso em: 02/03/2021.

SCHWARCZ, L. M. **Nem preto nem branco, muito pelo contrário: cor e raça na sociabilidade brasileira**. 1ª- ed., São Paulo: Claro Enigma, 2012.

SCHWARCZ, L. M. **Sobre o autoritarismo brasileiro**. São Paulo: Companhia das letras, 2019.

SILVA, J.; et al. A promoção da igualdade racial em 2006 e o Programa de Combate ao Racismo Institucional. In: JACCOUD, L. (Org.). **A construção de uma política de promoção da igualdade racial: uma análise dos últimos vinte anos**. p.147-70, Brasília: Ipea, 2009. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro\\_aconstrucao\\_igualdade\\_racia120anos.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_aconstrucao_igualdade_racia120anos.pdf). Acesso em: 22/04/2021.

SILVA, M. L. Biopolítica, racismo estrutural-algorítmico e subjetividade. **Educação Unisinos.**, São Leopoldo, v.24, 2020. Disponível em: <http://www.revistas.unisinos.br/index.php/educacao/article/view/edu.2020.241.40/60748039>. Acesso em: 10/05/2021.

SOARES FILHO, A. M. Vitimização por homicídios segundo características de raça no Brasil. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, V. 45, n. 4, p. 745-55, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n4/2640.pdf>. Acesso em: 11/04/2021.

VIEGAS, A. P. V.; et al. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.1, p.100-112, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2015.v24n1/100-112/pt>. Acesso em: 05/04/2021.

WERMELINGER; M.; et al. A Força de trabalho do Setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. **Revista Divulgação em Saúde para Debate.**, Rio de Janeiro, n. 45, p.54-70, 2010. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/A%20Forca%20de%20Trabalho%20do%20Setor%20de%20Saude%20no%20Brasil%20.pdf>. Acesso em: 03/04/2021.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2016.v25n3/535-549/pt>. Acesso em: 03/04/2021.

WILLIAMS, D.R.; MOHAMMED, S.A. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. **Journal of Behavioral Medicine**, Colorado, V. 32, n. 1, p. 20-47, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19030981/>. Acesso em:06/04/2021

## LEGISLAÇÕES, NORMATIVAS E BANCOS DE DADOS

BAHIA. Secretaria de Saúde da Bahia. **Decreto nº 14.720 de 29 de agosto de 2013.** Institui a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra. 2013. Disponível em: <https://cpisp.org.br/decreto-n-o-14-720-de-29-de-agosto-de-2013/>. Acesso em: 13/04/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Brasília: MS; 2007. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf). Acesso em: 02/03/2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 03/04/2021.

BRASIL. **Estatuto da igualdade racial**: Lei nº 12.288; de 20 de julho de 2010; e legislação correlata. 4. ed. Brasília: Câmara dos Deputados; Edições Câmara; 2015. (Série legislação; 171). Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/lei/112288.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112288.htm). Acesso em: 03/04/2021.

BRASIL. Instituto da Mulher Negra (Geledés). Centro Feminista de Estudos e Assessoria (Cfemea). **Guia de enfrentamento ao racismo institucional**. 2016. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/Guia-de-enfrentamento-ao-racismo-institucional.pdf>. Acesso em: 22/04/2021.

BRASIL. Instituto da Mulher Negra (Geledés). Centro Feminista de Estudos e Assessoria (Cfemea). **Racismo institucional: uma abordagem conceitual**. 2013. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2013/05/FINAL-WEB-Racismo-Institucional-uma-abordagem-conceitual.pdf>. Acesso em: 22/04/2021.

BRASIL. **Lei nº 10.639**, de 09 de janeiro de 2004. Brasília, 2003. Disponível: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.639.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.639.htm). Acesso em: 06/04/2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção; proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; set. 1990. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf) >. Acesso em: 02/03/2021.

BRASIL. **Lei nº 11.645, de 10 de março de 2008**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/111645.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111645.htm). Acesso em: 06/04/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466; de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> >. Acesso em: 03/03/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006**. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências, 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/decreto/d5813.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5813.htm). Acesso em: 04/04/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.678, de 13 de agosto de 2004.** Cria Comitê Técnico para subsidiar o avanço da equidade na Atenção à Saúde da População Negra, e dá outras providências. 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1678\\_13\\_08\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1678_13_08_2004.html). Acesso em: 04/04/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 07/04/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009.** Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. 2009. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992\\_13\\_05\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html). Acesso em: 04/04/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS nº 510, de 07 de abril de 2016;** que dispõe sobre a ética em pesquisa nas ciências humanas e sociais. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>. Acesso em; 03/03/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 23/04/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente.** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas\\_etnicas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_etnicas.pdf). Acesso em: 24/04/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Manual de Gestão para Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_gestao\\_implementacao\\_politica\\_nacional.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestao_implementacao_politica_nacional.pdf). Acesso em: 26/05/2021.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Perfil da Enfermagem no Brasil.** FIOCRUZ/COFEN, 2013. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/blocoBr/QUADRO%20RESUMO\\_Brasil\\_Final.pdf](http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/blocoBr/QUADRO%20RESUMO_Brasil_Final.pdf). Acesso em: 03/04/2021.

**DATASUS. Dados de internação hospitalar de janeiro de 2008 a fevereiro de 2021 por raça/cor.** 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).** Tabela 6408 – População residente; por sexo e cor ou raça. 2020. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6408>. Acesso em: 02/03/2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Brasileiro de 2010.** Rio de Janeiro: IBGE; 2011. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 02/03/2021.

**E-SUS-AB. Dados de autodeclaração no Município de Coaraci-BA.** 2021.

PNS. Pesquisa nacional de saúde. **Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências:** Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>. Acesso em: 06/04/2021.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

**LINK PARA ACESSO:** <https://forms.gle/aTDi35PXxQga2X2N7>

INICIAIS: \_\_\_\_\_

UNIDADE DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

Q01. DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

Q02. SEXO: ( ) 1. MASCULINO ( ) 2. FEMININO ( ) 3. OUTROS

Q03. PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

Q04. VOCÊ TEM FILHOS? ( ) 1. SIM ( ) 2. NÃO

Q05. COM QUEM VOCÊ MORA? ( ) 1. COM OS PAIS ( ) 2. COM A MÃE ( ) 3. COM O PAI ( ) 4. COM AVÓS ( ) 5. COM O PARCEIRO 6. ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

Q06. NO BRASIL EXISTEM PESSOAS DE DIVERSAS RAÇAS. NA SUA OPINIÃO; A QUAL RAÇA VOCÊ PERTENCE? ( ) 1. BRANCA ( ) 2. PRETA ( ) 3. AMARELA ( ) 4. PARDA ( ) 5. INDÍGENA ( ) 6. NÃO SABE DECLARAR

Q07. QUANDO VOCÊ TEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE; ONDE BUSCA ATENDIMENTO? ( ) 1. PRONTO SOCORRO MUNICIPAL ( ) 2. HOSPITAL ( ) 3. UNIDADE DE SAÚDE DO SEU BAIRRO ( ) 4. FARMÁCIA ( ) 5. PLANO DE SAÚDE 6. ( ) OUTROS

Q08. COM QUANTOS ANOS VOCÊ COMEÇOU A TRABALHAR? \_\_\_\_\_

Q09. POR QUAL MOTIVO VOCÊ RESOLVEU TRABALHAR NA ÁREA DE SAÚDE? (PODE MARCAR MAIS DE UMA RESPOSTA)

( ) 1. PARA AJUDAR SEUS PAIS ( ) 2. PARA TER DINHEIRO; SER INDEPENDENTE ( ) 3. PARA FICAR LONGE DE CASA ( ) 4. PARA PAGAR OS ESTUDOS ( ) 5. PORQUE ALGUÉM LHE OFERECERU TRABALHO ( ) 6. PORQUE SEUS PAIS QUISERAM ( ) 7. PARA APRENDER UMA PROFISSÃO ( ) 8. PARA NÃO FICAR NA RUA ( ) 9. PARA SER ALGUÉM NA VIDA ( ) OUTRO.

Q10. COMO VOCÊ SE AVALIA ENQUANTO PROFISSIONAL: ( ) 1. EXCELENTE ( ) 2. BOM ( ) 3. PÉSSIMO

Q11. VOCÊ ACHA QUE TEMAS COMO RACISMO DEVEM SEREM TRATADOS NA ÁREA DA SAÚDE?

( ) 1. SIM ( ) 2. NÃO

SE SIM; JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

Q12. VOCÊ JÁ FEZ CURSO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE? (ESPECIALIZAÇÃO; CURSO DE CURTA DURAÇÃO; ETC.)?

( ) 1. SIM      ( ) 2. NÃO

SE                      SIM;                      INDIQUE                      A                      FONTE:

---

---

---

Q13. VOCÊ TEM CONHECIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA?

( ) 1. SIM      ( ) 2. NÃO

SE                      SIM;                      INDIQUE                      A                      FONTE:

---

---

---

Q14. SE VOCÊ CONHECE; COMO AVALIA A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA?

---

---

---

( ) 1. NÃO CONHEÇO A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Q15. PARA O TIPO DE ATENDIMENTO AO PÚBLICO FEITO QUE REALIZA; VOCÊ PENSA QUE SERIA NECESSÁRIO FAZER ALGUM TIPO DE FORMAÇÃO CONTINUADA VISANDO À MELHORIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA?

( ) 1. SIM      ( ) 2. NÃO

SE                      SIM;                      INDIQUE                      A                      FONTE:

---

---

---

---

Q16. VOCÊ JÁ SE INDAGOU SE TEVE PRÁTICA DE ATOS DE RACISMO?

1. SIM       2. NÃO

SE                      SIM;                      INDIQUE                      A                      FONTE:

---

---

---

---

Q17. VOCE É RACISTA?

1. SIM       2. NÃO

Q18. VOCÊ ACHA QUE; DE MODO GERAL; SEUS/SUAS COLEGAS DE PROFISSÃO ATENDEM DE FORMA DIFERENCIADA; COM MENOS ATENÇÃO; PESSOAS DE PELE NEGRA?

1. SIM       2. NÃO

SE                      SIM;                      INDIQUE                      A                      FONTE:

---

---

---

---

Q19. VOCÊ JÁ PRESENCIOU ALGUMA SITUAÇÃO NO SEU TRABALHO QUE ENVOLVEU RACISMO?

1. SIM       2. NÃO

SE      SIM;      COMO      VOCÊ      REAGIU      A      ESTA      SITUAÇÃO?

---

---

---

---

Q20. CASO TENHA RESPONDIDO AFIRMATIVAMENTE; PODERIA NARRAR BREVEMENTE A SITUAÇÃO?

---

---

---

---

---

( ) 1. NÃO PRESENCEI NENHUMA SITUAÇÃO DE RACISMO NO MEU TRABALHO

Q21. VOCÊ JÁ OUVIR FALAR DE RACISMO INSTITUCIONAL?

( ) 1. SIM      ( ) 2. NÃO

SE SIM; O QUE VOCÊ ENTENDE POR RACISMO INSTITUCIONAL?

---

---

---

---

Q22. DE QUE FORMA O RACISMO MOSTRA-SE MAIS EFETIVO E DIFÍCIL DE SER COMBATIDO?

---

---

---

---

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA PRÓ REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO - PROPPG PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO E RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS - CAMPUS JORGE AMADO - ITABUNA

O Sr(a). está convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**RELAÇÕES ENTRE RACISMO INSTITUCIONAL E SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA: UM ESTUDO COM A EQUIPE DE ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA EM COARACI-BA**”, cujo objetivo geral requalificar o acesso da população negra a saúde integral nas unidades de saúde em Coaraci-BA. São os objetivos específicos: Avaliar crenças e comportamentos racistas das equipes de estratégia de saúde da família, quanto a insustentabilidade do acolhimento cotidiano racista aos afrodescendentes nas Unidades de Saúde. A referida pesquisa será desenvolvida pela Mestranda Larayne Gallo Farias Oliveira do **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO E RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS CAMPUS JORGE AMADO - ITABUNA BAHIA**, sob a orientação da Dra. Milena Cláudia Magalhães Santos Guido da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB).

O Sr(a). poderá participar ou não da pesquisa, bem como desistir em qualquer fase do estudo, sem qualquer prejuízo. Caso o Sr(a). aceite, todas as informações coletadas serão estritamente confidenciais, de modo que sua identificação se dará por um nome fictício, garantindo em todas as etapas o sigilo, o anonimato e assegurando sua privacidade. O Sr(a). não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa e nada será pago por sua participação. Também não haverá nenhum benefício direto.

A pesquisa apresenta um risco mínimo relacionado com possível constrangimento advindos do ato de participar de uma entrevista, para responder a um questionário que contém informações pessoais podendo trazer experiências ou situações. Este risco será minimizado garantindo liberdade para não responder questões constrangedoras. A pesquisadora assegura que serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, e pelo fato da pesquisadora assegurar a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa. Assegura-se também, a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico – financeiro. Durante o período de coleta dos dados os entrevistados podem entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento pelo telefone ou e-mail afim de que seja prestada toda a assistência necessária. Em relação aos benefícios, o estudo poderá contribuir para uma reeducação continuada dos profissionais de saúde que atuam nas equipes de Estratégia de Saúde da Família, possibilitando a aquisição de conhecimentos e habilidades sobre o acesso a saúde integral pela população negra, a promoção de qualidade digna de vida, a partir do respeito aos direitos civis, sociais, e culturais. Informamos também ao Sr.(a) que não haverá remuneração por sua participação no estudo, mas todos os dados coletados serão de grande utilidade para oferecer as melhores informações e de forma clara, objetiva, e compreensível para este estudo. Após a finalização do estudo, nos comprometemos a informar ao(a) Sr.(a) acerca dos resultados do mesmo. Esses resultados serão publicados em revista científica e/ou repositório para fomentar a discussão sobre a importância desta temática para a saúde da população negra. Ao sinalizar em caixa demarcação sinalizada abaixo, onde lê-se “ACEITO PARTICIPAR” o(a) Sr.(a) estará aceitando voluntariamente em participar, estando ciente que poderá interromper vossa participação a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos ou penalidades. Ou poderá optar pela opção “NÃO ACEITO PARTICIPAR”. **Estaremos enviando uma cópia deste termo ao Sr. (a) por e-mail, que deverá ser devidamente assinado e nos enviado por e-mail.** Garantimos que a pesquisa não representa qualquer forma de gasto, tampouco remuneração aos participantes. Mesmo não previsto, se o participante tiver gastos decorrentes da pesquisa, ele será ressarcido. Ainda, é necessário garantir o direito a indenização se o participante tiver qualquer dano decorrente da sua participação na pesquisa.

Agradecemos pela sua colaboração.

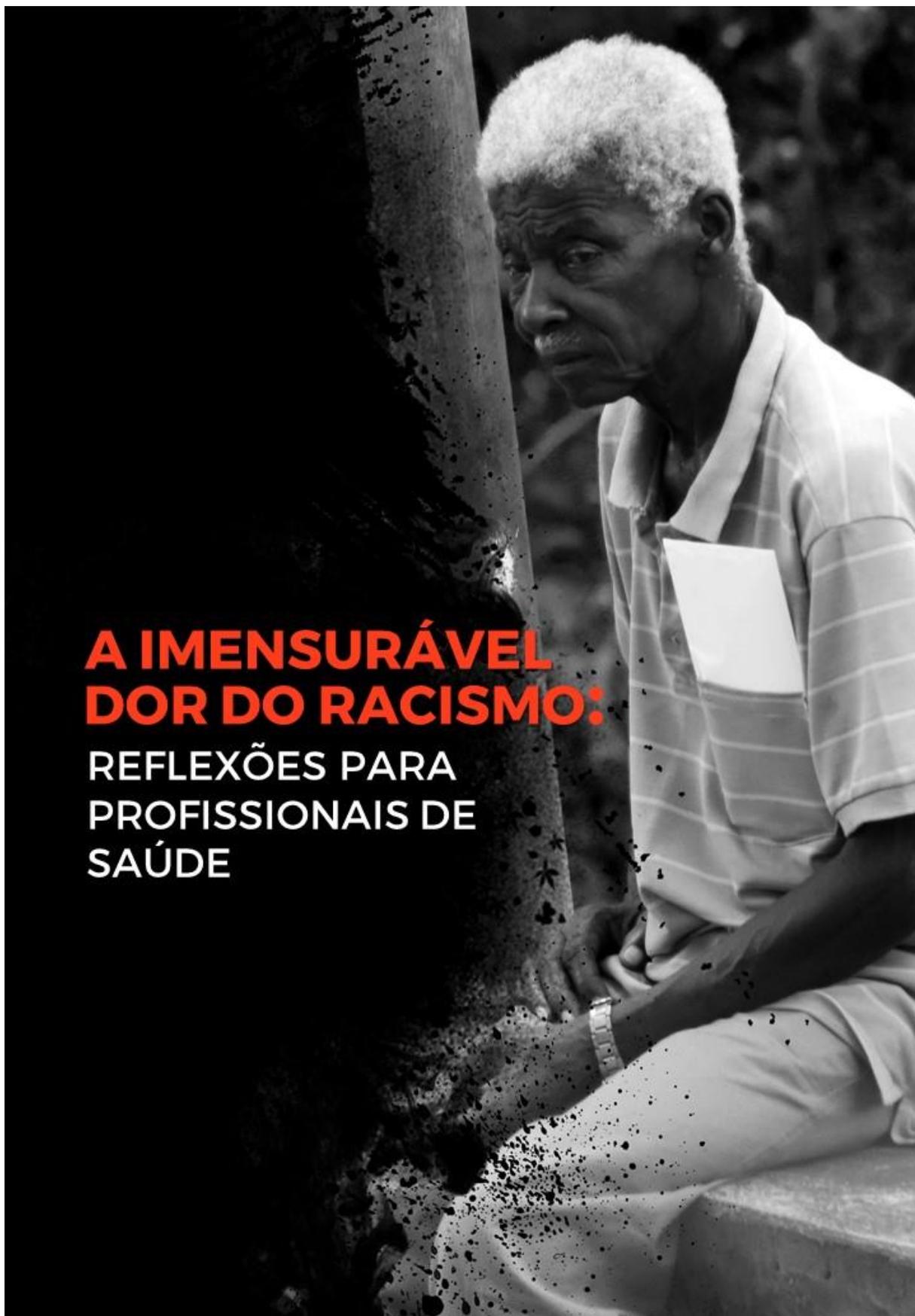
Larayne Gallo Farias Oliveira  
PESQUISADORA PRINCIPAL  
E-mail: [enfa.laraynefarias@hotmail.com](mailto:enfa.laraynefarias@hotmail.com)  
Telefone: (73) 99103-5689

Milena Cláudia Magalhães Santos Guido  
ORIENTADORA

Coaraci, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

Esta pesquisa teve os aspectos relativos à Ética da Pesquisa envolvendo Seres Humanos analisados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Em caso de dúvidas sobre a ética desta pesquisa ou denúncias de abuso, procure o CEP, através do e-mail: [cep@ufsb.edu.br](mailto:cep@ufsb.edu.br). Ou poderá procurar o CEP nos horários de atendimento ao público: 9:00 às 12:00 e de 14:00 às 17:00, no Campus Paulo Freire, Teixeira de Freitas (BA), na Avenida Getúlio Vargas, nº 1732 A, Bairro Monte Castelo, Teixeira de Freitas, Bahia, CEP - 45996-108. Ou ainda através dos telefones da UFSB: (73) 3291-2089 / 3292-5834.



**A IMENSURÁVEL  
DOR DO RACISMO:**

REFLEXÕES PARA  
PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA**

**PRÓ REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO - PROPPG**

**Reitora: Joana Angélica Guimarães da Luz**

**Vice-Reitor: Francisco José Gomes Mesquita**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO E RELAÇÕES  
ÉTNICO-RACIAIS – PPGER - CAMPUS JORGE AMADO – ITABUNA –  
BAHIA**

**ELABORAÇÃO:**

**Mestranda** Larayne Gallo Farias Oliveira

**Orientadora** Dr<sup>a</sup> Milena Cláudia Magalhães Santos

**DIAGRAMAÇÃO:**

Julio Cesar Novais Silva

**FOTOGRAFIAS:**

Daniel Mendes Medina

**Catálogo na Publicação (CIP)  
Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)  
Sistema de Bibliotecas (SIBI)**

O482i Oliveira, Larayne Gallo Farias, 1981-

A imensurável dor do racismo : uma reflexão para profissionais de saúde / Larayne Gallo Farias Oliveira. – Itabuna: UFSB, 2021. - 36f.

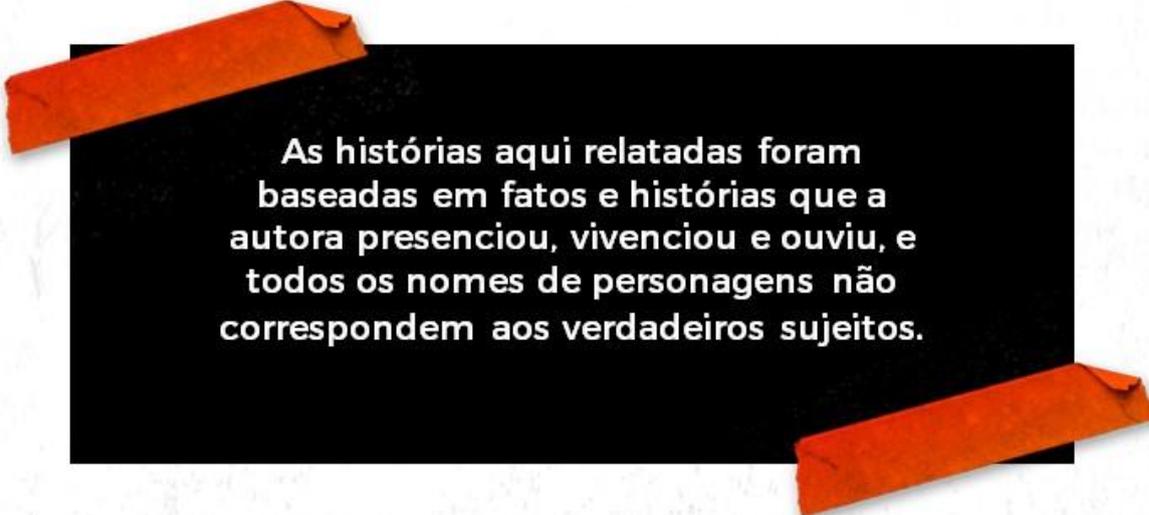
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Sul da Bahia, Campus Jorge Amado, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências, Programa de Pós-Graduação em Ensino e Relações Étnico-Raciais, 2021.

Orientadora: Dra. Milena Cláudia Magalhães Santos Guidio.

1. Discriminação em cuidados médicos. 2. Política de saúde. 3. Direito à saúde. I. Título.

CDD – 363.1

Elaborada por Raquel da Silva Santos – CRB-5ª Região/ 1922



**As histórias aqui relatadas foram baseadas em fatos e histórias que a autora presenciou, vivenciou e ouviu, e todos os nomes de personagens não correspondem aos verdadeiros sujeitos.**

# PREFÁCIO

Alguns estudos consideram a dor como o 5º sinal vital. Isso significa que a dor pode desequilibrar a saúde ou até mesmo levar à morte, seja ela física, moral, espiritual. Você já parou para pensar sobre a dor do racismo? Sendo considerada a dor um sinal vital, é possível mensurá-la? É possível classificá-la de 0 a 10 como usualmente é feito nas escalas de dor? Quais as consequências físicas, emocionais, morais de ações racistas?

Esta cartilha foi escrita por uma mulher branca, como resultado de um estudo de mestrado acerca do racismo institucional. A partir do seu lugar social de fala, esta mulher jamais sentiu a dor do racismo, mas é sensível às dores do preconceito racial, em suas diversas formas, especialmente o que ocorre nas unidades hospitalares, por ser profissional da saúde. Assim, esta mulher se coloca como uma integrante em prol dos direitos das mulheres, das negras, dos negros, dos/as indígenas, dos/as ciganos/as, na maioria das vezes, invisibilizados/as pelas políticas públicas, para lutar contra o racismo institucional ao lado do povo negro brasileiro, que sofre injustamente desde que o Brasil se tornou colônia.

Através das histórias e informações relatadas, espera-se que haja uma reflexão quanto às práticas dos profissionais de saúde em relação ao racismo institucional, com o intuito de criar espaços de diálogos entre estes para banir tais práticas dos serviços de saúde.

As fotografias utilizadas foram cedidas pelo fotógrafo Daniel Mendes Medina e fazem parte do projeto "**Urbanas em preto e branco**", de sua autoria.

Espero que seja uma leitura breve e objetiva, mas que possa fincar raízes em seu coração.

# SUMÁRIO

07. INTRODUÇÃO

12. A PRIMEIRA E ÚLTIMA GESTAÇÃO

16. APENAS UMA ACOMPANHANTE

20. CONTAMINADA

24. É FRESCURA

28. TODA MULHER PRETA É PARIDEIRA

32. CONSIDERAÇÕES FINAIS

33. REFERÊNCIAS

34. SOBRE A AUTORA

35. SUGESTÕES DE LEITURA





“

Não dá para falar em consciência humana enquanto pessoas negras não tiverem direitos iguais e sequer forem tratadas como humanas.

DJAMILA RIBEIRO

”

06.

## INTRODUÇÃO

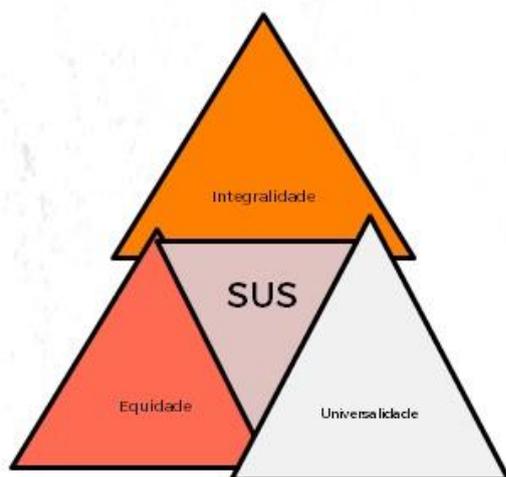
Você sabia que a população brasileira é composta em sua maioria por negros, sendo que 50,7% da população brasileira que se autodeclara negra, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (2010)<sup>1</sup>? De acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) de 2019, divulgado pelo mesmo instituto, o percentual da população que se autodeclararam preta ou parda no Brasil, é de 56,20% (IBGE 2020). Após uma década, negros e negras compõem e mantêm-se com a maior representatividade da população brasileira, e são os principais usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).



**PARA REFLETIR:** Você tem o levantamento do quantitativo da população negra no seu estado e município? Como está a situação de saúde dessa população? Quais são as ações e estratégias desenvolvidas para melhorar o acesso e as condições de saúde no seu território?

O SUS foi criado com a Lei n. 8.080, de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que dentre os seus princípios adota a universalidade, a equidade e a integralidade como fundamento do sistema<sup>3</sup>.

**Universalidade** é o acesso aos serviços de saúde por parte de todos os usuários do SUS, que deveria atender a todos os que procuram os serviços de saúde, com **acolhimento** e atendimento às demandas conforme necessidade de cada grupo populacional, com **equidade**, oferecendo mais a quem tem menos acesso.



A **integralidade**, dentre outras características, é apontada na lei orgânica como cuidado integral, que deve atender à todas as necessidades e aspectos da vida dos usuários. Portanto, quando atendemos aos pacientes, não podemos nos esquecer de que é preciso **dar o acesso, garantir as demandas e as necessidades**.

Estes princípios são garantidos por lei para todos. É um **direito** de todos independente de cor, raça, e condição social.

### **Agora pare para pensar:**

**Você acredita que a população negra sofre discriminação e violação destes direitos à saúde? Sim, e eu posso te provar isto.** Muitos profissionais de saúde agem, inconscientemente ou não, com condutas excludentes de racismo institucional que é um sistema silencioso e não declarado de opressão, que nega direitos, e não um simples ato da vontade de um indivíduo.

Um estudo realizado em um município do Sul da Bahia, avaliou que ainda há, entre os profissionais de saúde, um desconhecimento referente ao racismo institucional. Muitos profissionais de saúde agem, inconscientemente ou não, com condutas excludentes, embora 90,57% dos entrevistados responderam negativamente quando perguntado se já haviam praticado racismo.

**E você sabe o que significa racismo institucional? É um sistema silencioso e não declarado de opressão, que nega direitos, e não um simples ato da vontade de um indivíduo. E está diretamente ligado à falta de respeito à pessoa tanto pelo estereótipo étnico quanto pelo pertencimento cultural.**



O racismo no Brasil é realidade em todos os lugares, sendo praticado de forma velada cotidianamente e, muitas vezes, **sem que a pessoa perceba que está sendo racista**<sup>5, 6</sup>.

Vários estudiosos apontam que reconhecer-se racista ao praticar atos de racismo cria a percepção de que a intolerância nas relações de trabalho ocorre a todo momento por meio de atitudes violentas, discriminatórias, irônicas, doentias e recorrentes, que configuram o assédio laboral, estimulado pela forma de o capitalismo organizar o trabalho na contemporaneidade. **É impossível não ser racista tendo sido criado numa sociedade racista**<sup>7</sup>.

Veja o que escreveu uma importante autora negra chamada Lélia González sobre o racismo<sup>8</sup>:



(...) o racismo, enquanto articulação ideológica e conjunto de práticas, denota sua eficácia estrutural na medida em que remete a uma divisão racial do trabalho extremamente útil e compartilhado pelas formações socioeconômicas capitalistas e multirraciais contemporâneas. Em termos de manutenção do equilíbrio do sistema como um todo, ele é um dos critérios de maior importância na articulação dos mecanismos de recrutamento para as posições na estrutura de classes e no sistema de estratificação social.



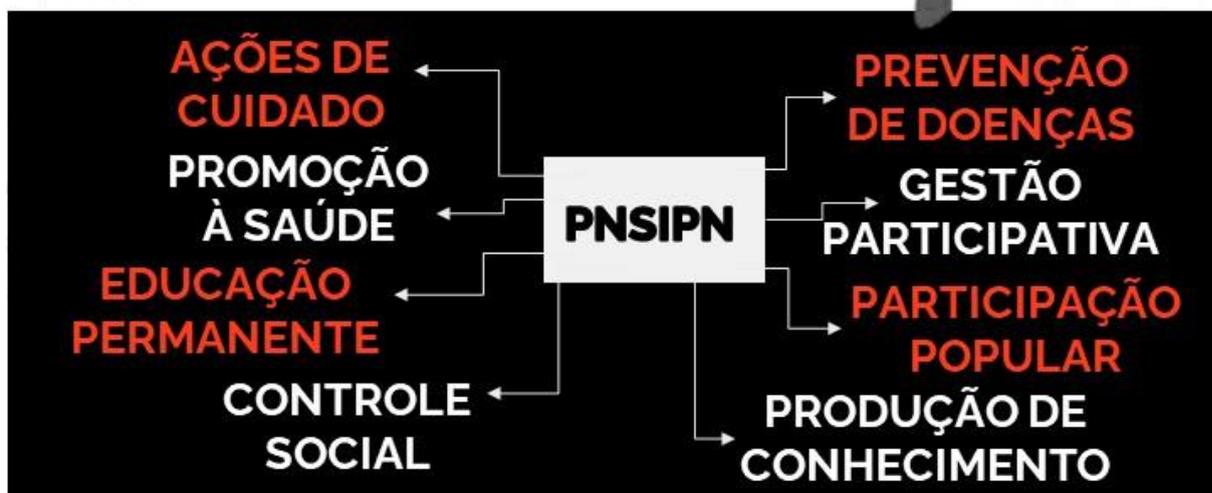
O racismo está presente na estrutura da sociedade, no interior das instituições e em cada pessoa, o seu falar, no seu modo de agir. Para uma luta antirracista, é preciso pensar e repensar políticas públicas efetivas, construir um olhar mais empático, ter disponibilidade para estudar, dialogar e **DESCONSTRUIR** estigmas e discursos racistas. Esta luta não se restringe ao povo negro. Precisa e deve fazer parte da sociedade e, principalmente, dos ambientes que discutem a saúde.



**VOCÊ JÁ OUVIU FALAR DA POLÍTICA DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA?**

Na tentativa de minimizar os efeitos da discriminação e da exploração sofridas pelos negros ao longo da história brasileira, e às desigualdades em saúde que acometem esta população foi criada a **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN**<sup>9</sup>.

O objetivo da PNSIPN é garantir maior igualdade na execução do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional<sup>9</sup>.



Cabe à PNSIPN promover nos profissionais de saúde às competências necessárias para um **atendimento humanizado** e **cuidado integral** à população negra com vistas a modificar as práticas de saúde racistas e potencializar o acesso desta população. Com o foco nos cuidados ao **paciente**, a **família**, a **comunidade** e a **população negra**, a PNSIPN compatibiliza sua cultura de matriz afro-brasileira como cidadãos, plenos de direito à saúde integral e emerge, então, como uma ferramenta importante na reestruturação da saúde através de uma política que adere à demanda e à realidade do país<sup>9</sup>.

*Os profissionais de saúde atuam com práticas humanizadas à população negra afim de haver uma melhor inclusão no seu atendimento para potencializar o acesso a saúde em seu território?*

Para tentar responder a essa pergunta, caro/a leitor/a, você irá conhecer os resultados de estudo realizado em um município do Sul da Bahia, que propôs avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre Saúde Integral da População Negra e Racismo Institucional em unidades de saúde. Para ajudar neste aprendizado, transcrevemos cinco histórias de mulheres que ocorreram em unidades de saúde, com perspectivas distintas e que envolvem racismo institucional tão presente e desconhecido no nosso cotidiano. A história dessas mulheres representa as histórias que ocorrem a todo momento em unidades de saúde. Racismo é inadmissível. Racismo institucional não pode existir, principalmente em locais onde nosso maior objetivo é trazer e salvar vidas!

**Racismo é inadmissível.** Racismo institucional não pode existir, principalmente em locais onde nosso maior objetivo é trazer e salvar vidas!





# A PRIMEIRA E ÚLTIMA GESTAÇÃO

CAPÍTULO 01

## A PRIMEIRA E ÚLTIMA GESTAÇÃO

Após muito choro e preocupação, chegou **Ana Carla**, 16 anos, ao consultório do Posto de Saúde para sua tão sonhada primeira consulta de pré-natal. Aninha, como gosta de ser chamada, estava namorando sério. Ele tem 19 anos, é um bom rapaz, trabalha na transportadora do bairro, e tem carteira assinada. Preta, cabelo crespo alisado de chapinha, cinturinha de violão, toda enfeitada com vestido “balonet” e muita maquiagem, foi com sua mãe, Dona Lourdes, 34 anos, desempregada, para sua consulta.

Quando chegou na unidade, Ana entregou os documentos na recepção e avisou que a consulta estava marcada para a enfermeira Maria Cecília, às 13h, e prontamente ouviu da recepcionista que o agendamento era por ordem de chegada e já haviam seis pessoas em sua frente. Ana estava tão feliz com a gestação, com a primeira consulta, que não se importou em ter que esperar. Mas Dona Lourdes já ficou chateada, afinal de contas, não foi ela quem abriu as pernas, arranjou menino e com ele vieram mais duas bocas, que o namorado também viria morar com eles.

Dona Lourdes sempre se virou com faxina e lavando roupa na casa de branco. Teve Ana quando tinha 18 anos, quando teve relações com o filho de uma patroa e ele não quis registrar porque “filho de preta pode ser de qualquer um”. Ele ainda dizia ter tido “muita sorte de não ter pegado doença”. E agora, via a filha grávida e não queria que Ana passasse por tudo o que passou. Inclusive já estava dizendo que não iria mais para a escola.

O tempo foi passando, já eram 15h, e a enfermeira só havia atendido uma única paciente. Muito calor naquela recepção. O tumulto começou. Afinal estava demorando demais. Neste momento, saiu do consultório uma linda mulher, branca, loira, cabelos compridos e lisos, com um belo barrigão e a enfermeira disse: - Te espero na semana que vem, com os novos exames e qualquer dúvida pode telefonar para meu celular. Que Enfermeira atenciosa! – pensou Ana, e ficou ainda mais empolgada com este momento especial.

## A PRIMEIRA E ÚLTIMA GESTAÇÃO

Por volta das 16h30, finalmente chegou sua vez. Ana ficou até impressionada como a tarde passou tão rápida desde a saída daquela primeira paciente. E muito feliz se dirigiu ao consultório, quando então ouviu a expressão “Pode sentar, se quiser”! Ela sentou-se, Dona Lourdes ficou de pé. A Enfermeira fez uma série de perguntas:

- *Quando foi sua última menstruação?*
- *Quantos parceiros você já teve?*
- *O parceiro atual é o pai do seu filho?*
- *Trouxe cartão de vacina?*

Ai, que vergonha! Mainha tá ouvindo tudo – pensou Ana – e então ela não pôde responder as perguntas com verdadeiras respostas, limitando-se a sim e não. Então disse a Enfermeira:

- *Como sua gravidez está bem no início, 16 semanas, o que eu posso fazer por você é te solicitar estes exames. Daqui há dois meses eles devem estar prontos, mas você tem que vir no próximo mês mesmo se não estiverem prontos. Passe na recepção para marcar o retorno.*

Que decepção! Ana saiu tão triste!

- *Ela não me tocou, não ouviu o coração do meu bebê!*

Dona Lourdes acentuou a situação com a expressão:

- *Tá pensando que pré-natal é igual você vê na novela? Isto aqui é de graça, para gente preta e pobre como a gente.*

Decepcionada com o modo como foi tratada, que ocorreu, Ana só voltou na unidade com 29 semanas, convulsionando, quando foi surpreendida com o diagnóstico de Eclâmpsia, tendo que terminar sua gestação internada na maternidade, entubada, com a vida ligada a aparelhos, e com 35 semanas, pariu um menino preto e morto. Após dois dias, morreu também. **Foi a primeira e a última gestação!**

## A PRIMEIRA E ÚLTIMA GESTAÇÃO

Existe uma relação de “consentido”, imposta pelo agressor como “normal”, que permite algum tipo de ligação entre vítima e agressor. Algumas situações como esta de Ana já foram corriqueiras nas unidades de saúde, seja pela postura do profissional, pressionado pelo cumprimento da agenda profissional e despreparo quanto à maneira correta de abordagem, seja pelo paciente, que deixa de comparecer para o tratamento necessário.

**Você já parou para pensar sobre o atendimento nas unidades de saúde? Já pensou sobre o seu atendimento enquanto profissional de saúde?**

**Você sabia que mulheres negras morrem 2x mais por causas relacionadas à gravidez?**

No estudo, 58,49% dos/as entrevistados/as se autodeclararam pardos/as, seguidos de 18,86% que se declararam pretos/as. Como profissionais, 71,69% se autoavaliaram como bom e 28,30% como excelente. Quando questionados se, em algum momento, praticaram atos de racismo, 90,57% responderam negativamente.

O racismo é realidade em todos os lugares, e, apesar de ser negado pela maior parte da população, é praticado de forma velada cotidianamente. A história de Ana poderia ter um final diferente, e quem sabe feliz. A Eclampsia ocorre por muitas razões, mas nessa história o racismo institucional contribuiu para o desfecho. Se Ana tivesse sido bem acolhida e recebido um pré-natal adequado, a equipe de saúde poderia ter percebido sinais de alarme, de modo que Ana teria recebido o melhor acompanhamento na sua gestação.

O foco profissional deve estabelecer metas diferenciadas para cada população, com o intento de reduzir a iniquidade evidenciada nas taxas de mortalidade materna e implementar estratégias de acolher as pacientes de maneira humanizada e ética, oferecendo todas as informações e condutas. **A saúde é um direito. Quando a negamos, estamos negando um direito fundamental da vida.**



# APENAS UMA ACOMPANHANTE

CAPÍTULO 02

## APENAS UMA ACOMPANHANTE

Já fazia seis meses da última consulta com o oncologista. Os dois raio-X já mostravam sinais claros de linfonodos aumentados, e o médico suspeitava de um linfoma de Hodgkin. Não dava mais para esperar a liberação de uma vaga pelo SUS, pois os pequenos nódulos eram doloridos demais, e **Mariele**, 27 anos, preta, cabelo crespo, gorda, ex-fumante, já havia perdido 18 quilos, perdeu quase todos os fios de cabelo de tão subnutrida que estava e já não conseguia mais trabalhar de zeladora na escola. Tinha certeza de que se não fosse o pessoal da secretaria da escola já estaria na rua devido aos seis atestados que precisou entregar na prefeitura.

Mariele morava com sua avó Tereza, numa casa de alvenaria construída por sua avó. Quando era mais nova, deu muito trabalho, mas ela se orgulhava de ter sido a única pessoa da família que cuidou dela até o fim da vida. Hoje, sozinha e doente, precisou pedir ajuda na vizinhança para conseguir R\$1.995,16 para realizar a Cintilografia Pulmonar.

Foi impressionante como rapidamente o dinheiro chegou. As professoras da escola, o dono do mercadinho, a moça da padaria, todos ajudaram. E até o vereador, que havia prometido conseguir o exame e só ficou enrolando a pobre Mariele, acabou colaborando com a gasolina. Mariele ficou tão feliz que, agradecia, e dizia que quando ficasse boa ia fazer uma feijoada com tudo dentro para todo mundo comer.

Dona Clara foi quem emprestou o celular para Mariele ligar e marcar o exame. Quanta felicidade! “O médico havia dito que ela só poderia voltar nele quando tivesse este resultado. - Não aguento mais estas dores, este cansaço. Me arrependo de cada cigarro que já acendi na minha vida.

Ligou, agendou o exame para a próxima quarta-feira, para onde deveria ir bem cedo e em jejum.

## APENAS UMA ACOMPANHANTE

Mariele morava a 67 km do local do exame e não teria como chegar a tempo indo de ônibus. O vereador emprestou um carro com motorista e deu o dinheiro da gasolina pelo menos para levá-la. Mais tarde, ela voltaria de ônibus. Tudo estava dando certo.

Às 6h25 da manhã, o motorista deixou Mariele na porta da clínica onde realizaria o exame. Ainda do lado de fora, esperando o horário de abertura, foram chegando alguns pacientes. A maioria era de homens e mulheres idosos brancos. Todos entraram na recepção da clínica.

A recepcionista informou que os idosos teriam prioridade. Mariele, olhando ao redor, lhe deu um certo ar de importância e sorriu. Tudo para ela era novidade. Até o fato de estar ali em uma clínica tão chique, com ar-condicionado, uma televisão daquelas que só tem em filmes, no meio do povo que tem dinheiro.

Ela usava uma bolsa de chita que Dona Clara havia emprestado, e seu cabelo estava preso com tranças para ficar mais apresentável. O tempo foi passando, a ansiedade aumentando, e não chegava a vez de Mariele.

Às 12h, a recepção ficou vazia, e havia apenas Mariele lá. A recepcionista chamou-a:

- Senhora, eu já vou precisar sair para o almoço, não tem mais nenhum paciente lá dentro. Você está aguardando alguém?

Mariele, bem decepcionada, respondeu: "Eu liguei para marcar o exame!".

A recepcionista respondeu:

- Mas aqui não atende o SUS".

Mariele tirou da bolsa de chita o dinheiro de dentro de uma sacolinha de mercado (porque tinha medo de ladrão) e colocou sobre o balcão.

A recepcionista, constrangida, falou:

- Sinto muito, senhora, mas eu pensei que a senhora era **apenas uma acompanhante** e o médico que faz o exame já foi embora. A senhora terá que remarcar para outro dia que houver vaga".

Que amargura! Doeu tanto em Mariele que, neste momento, ela teve vontade de dar um empurrão naquela mulher, mas como fazer isto num local tão fino?

## APENAS UMA ACOMPANHANTE

Esta é uma história mais corriqueira do que se imagina. Ao longo da história, a população negra foi marcada por desigualdade que a obrigou à resistência. O espaço de saúde não pode ser mais um espaço de desigualdade. Desde a chegada ao Brasil, no período colonial, os negros foram obrigados a trabalhar nos engenhos e lavouras de cana-de-açúcar, realizar os afazeres domésticos, sendo tratados como seres sub-humanos, equivalente ao status de “animais”.

Muitas “Marieles” sentem-se inibidas, constrangidas em determinados espaços. As marcas e cicatrizes apontam para uma população excluída socialmente do acesso a vários direitos, inclusive o da saúde. É necessário, que haja acolhimento de todas as pessoas que adentram os locais de atendimento, independentemente de condição social, raça e sexo.

Essa história apresenta um clássico exemplo de **racismo institucional**, em que condicionamentos desprezíveis fazem com que pessoas negras sejam constrangidas psicologicamente, devido à desqualificação social, desvantagens sociais e econômicas e ao desprestígio cultural. Geralmente, são tratadas com desleixo, indiferença e sofrem violências físicas e simbólicas e, em alguns casos, não recebem atendimento, diagnóstico, tratamento nem obtêm prognóstico adequado ou acolhimento em conformidade à legislação, por vezes omissa.

**Ser pessoa negra é estar em lugar social completamente diferente do da pessoa branca.** Por essa razão, acreditar que é possível acolher do mesmo modo essas duas formas de ser e estar no mundo é um grande erro. Para combater práticas como esta da narrativa, devem ser postos em prática protocolos de atendimento humanizado, como atuação preventiva, para **acolher, ouvir, direcionar, instruir, desmitificar, e assim reduzir o sofrimento psíquico.**



# É FRESCURA

CAPÍTULO 03

20.

## É FRESCURA

Ela já não sabia mais contar nos dedos quantas vezes precisou ir ao hospital por conta de ser portadora de Anemia Falciforme. Esta é uma doença que modifica o aspecto das células que carregam oxigênio e outros nutrientes, assumindo o formato de uma foice, uma enfermidade prevalente em negros. Os pacientes falcêmicos sentem dores agudas e crônicas, e que, em muitos casos, precisam de internação para uso de opióides e/ou hemotransfusão.

**Creuza**, 29 anos, preta, ainda estava estudando a 8ª série porque começou a estudar quando tinha 10 anos. Tinha o cabelo cheio, afro e pintado de loiro, gostava de prendê-lo no alto da cabeça e todo mundo dizia que parecia um abacaxi. Chegou a ouvir de uma patroa da mãe dela, que ficou até mais bonita porque clareou o seu rosto preto. Creuza morava em uma casa de aluguel, com a mãe e mais três irmãos. Cada um de um pai diferente. Era a mais nova, filha de mãe solteira, nunca viu o pai, pois, quando sua mãe engravidou, o pai foi preso por homicídio, fugiu da cadeia e jamais tiveram notícias. As pessoas mais antigas contavam que ele também sentia estas dores.

Quando criança, desde os cinco meses de vida, sofria com muita febre e cansaço. Chegou a ficar internada muitas vezes, até que os médicos descobriram sobre a doença quando ela tinha 10 anos. Disseram que se ela tivesse feito o teste do pezinho ao nascer, já teria o diagnóstico e poderia ter evitado de ficar manca devido à atrofia da perna esquerda, com a pele toda marcada de queloides, resultado de feridas que demoraram muito tempo para cicatrizar.

Durante o inverno, as dores ficavam mais insuportáveis, e então não tinha outra opção a não ser ir ao pronto-socorro do hospital para tomar remédio na veia. Desde que descobriu a doença, anualmente passava pelo Dr. Ronaldo Garcia, hematologista, que faleceu de um acidente de carro. Ele atendia gratuitamente às sextas feiras algumas crianças carentes, por força de uma promessa. Mesmo já moça, ele não deixou de acompanhá-la durante 10 anos, mas agora que ele falecera, era o momento de procurar um novo médico, pois já não enxergava no olho esquerdo, do direito enxergava pouco, urinava pouco e, muitas vezes, com sangue. Os médicos da emergência disseram que ela não poderia mais continuar o uso de analgésicos como já o vinha fazendo. Foi quando conheceu a Dra. Maria de Fátima.

## É FRESCURA

A consulta foi paga, R\$400,00 reais que Dona Cecília precisou tirar das contas da casa com muita dificuldade. Tinha certeza que teria que lavar muita trouxa de roupa para poder pagar as contas. Uma coisa lhe causou estranheza: a Dra. Maria de Fátima também era preta. “Nunca havia imaginado que uma médica pudesse ser preta”.

**A ENFERMIDADE  
MAIS COMUM NA  
POPULAÇÃO NEGRA  
É A DOENÇA  
FALCIFORME.**

Uma moça bem educada fez a ficha e mandou entrar no consultório. Foi quando a médica exclamou:

-Boa tarde! Podem entrar e sentar! Em que posso ajudá-las?”

Creuza, tímida, sentou-se numa cadeira branquinha e acolchoada e mostrou as receitas e relatório do então falecido Dr. Ronaldo. A médica olhou todos os detalhes do relatório e das medicações, franziu a testa e disse:

- Isto aqui é um absurdo! Muita medicação sem necessidade! As pessoas de sua cor é que são mais atingidas e sobrevivem de 30 a 45 anos. Você iniciou o tratamento tarde, vive se enchendo de medicações para dor, já está perdendo a visão, com várias atrofias, então a expectativa de vida de uma pessoa como você é de até 35 anos se você tiver muita sorte. Não vou passar remédio nenhum até você ter feito todos estes exames que vou te passar. Se tiver com dor, procure fazer alguma coisa que afaste a dor. Normalmente **é frescura!** Está viciada em dolantina e morfina. Procure fazer estes exames, e só volte quando estiver com eles.”

O que restou a Creuza foi continuar a ir à emergência do hospital, com maior frequência para tratar suas dores. Às vezes, tomava analgésicos; às vezes, faziam soro na veia, mas desconfiava que não era morfina, pois as dores não passavam. Quando estava com 33 anos, seus rins foram totalmente comprometidos, precisando de hemodiálise. Até que um dia entrou em parada cardíaca e morreu.

## É FRESCURA

O objetivo principal da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, instituída pelo SUS por meio da Portaria n. 1.391 MS/GM, de 16 de agosto de 2005, é **“Mudar a história natural da doença falciforme no Brasil, reduzindo as taxas de morbidade e mortalidade, promovendo maior sobrevida com qualidade de vida às pessoas com essa doença; orientando as pessoas com traço falciforme e informando a população em geral”**.

Por mais que esta política esteja institucionalizada, é corriqueira a imagem de mulheres como Creuza dentro dos hospitais. Constantemente, os pacientes são acusados de ser “queixosos e viciados em analgésicos opioides” e nada acontece para “mudar a história”, conforme prevê a política.

### O que fazer?

A assistência a estas pessoas deve privilegiar a ação multiprofissional e multidisciplinar, com os serviços das Unidades Básicas promovendo programas de saúde da criança, do adolescente, da mulher, do homem, da saúde bucal e da vigilância nutricional. **Tratar nas diversas dimensões propicia o reconhecimento e o acolhimento por parte das equipes nas situações agudas, tendo as pessoas maior respaldo terapêutico.**

É preciso fazer a inclusão destas discussões nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde para haver a redução das vulnerabilidades e a desconstrução de estigmas e preconceitos para a implementação de ações de saúde para a população negra no âmbito do SUS. **Não é frescura, é uma dor que deve ser respeitada, tratada e abolida.**

# CONTAMINADA

CAPÍTULO 05



24.

## CONTAMINADA

**Valéria**, preta, já estava mocinha, 13 anos com corpo de mulher, e começou a se interessar pelos meninos. De tanto ver novela já se imaginava vivendo um grande amor. Quando ia se arrumar para o colégio, ela usava maquiagem e perfume. pois queria chamar atenção de Flávio, que era mais velho do que ela, tinha dreads no cabelo e um sorriso encantador. E, principalmente, sempre assobiava para ela no recreio. Suas amigas diziam que ouviram dizer que ele era romântico e bom de cama. Todas as suas amigas já estavam transando, e ela não havia sequer beijado na boca. Seria a primeira vez e tinha que ser especial.

Um dia, quando terminou a educação física, enquanto todos foram para o vestiário, ele a puxou pelo braço e deu um beijão de língua. Foi o suficiente para ela ficar apaixonada! Naquele mesmo dia, marcaram atrás do estádio de futebol para namorar. Assim que chegou, ele logo agarrou-a e colocou suas mãos para que pudesse sentir o volume grande debaixo de suas calças. Ali mesmo, no meio do mato, deixou de ser uma menina e passou a ser mulher. Ele vestiu sua roupa, e disse a ela para esperar um pouco para que ninguém os vissem juntos. Mas ela não se importou!

Todos os dias na escola, ele sorria para ela deixando-a ansiosa para um novo encontro. Começou a achar estranho que todos os meninos olhavam para ela de forma diferente. Desconfiou que o segredo deles já não era mais segredo. Até os mais tímidos a chamavam para conversar depois da aula, mas o seu coração estava em Flávio.

Três meses se passaram, até que um dia, ao terminar a aula, ela viu Flávio e uma menina nova da escola no maior amasso em pleno sol escaldante. Ao chegar em casa, só chorava, quando sua mãe lhe perguntou o que havia ocorrido e ela, muito envergonhada, contou a sua mãe o que havia acontecido que lhe disse que agora teria que assumir responsabilidades sobre o seu corpo.

Dona Rute procurou a unidade de saúde do posto e pediu para marcar uma consulta com ginecologista para a sua filha, e a recepcionista falou-lhe que deveria primeiro passar pela enfermeira e agendou para o próximo dia esta consulta.

## CONTAMINADA

Foram as duas para a unidade de saúde, e entraram para a consulta. A enfermeira lhe apresentou os métodos anticoncepcionais disponíveis e realizou alguns testes rápidos. A enfermeira começou a ficar desconfortável olhando para aqueles potinhos brancos que tinham o sangue de Valéria, colocou um par de luvas extras sobre as existentes e repetiu os testes. Mostrou-se inquieta, e nada dizia. Retirou-se do consultório e, instantes depois, retornou com o médico da unidade que comunicou as duas que Valéria estava contaminada pelo vírus HIV, responsável pela AIDS.

As duas começaram a chorar. Dona Rute saiu do consultório e Valéria tentou abraçar a enfermeira que a empurrou:

- Sinto muito, mas não posso te ajudar. Aqui no posto tem consulta todos os dias e minha agenda vive aberta para planejamento familiar. Se você quis fazer sexo sem camisinha, foi uma escolha sua. Agora você vai ser encaminhada para um centro de referência que tem outros pacientes como você. A AIDS não tem cura e você pode morrer a qualquer hora. Evite tocar nas pessoas até iniciar seu tratamento para não passar sua doença para mais ninguém.

Frequentemente encontramos “Valérias” nas unidades de saúde positivando para Sífilis, Hepatites, HIV, dentre outros problemas de saúde evitáveis e mais frequentes na população negra, tanto na comparação com o contingente branco quanto em relação às médias nacionais. O que mais nos assusta é a forma como a raça e a cor de um indivíduo pode influenciar no acesso que ele tem à saúde como um todo, incluindo prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV.

**O RISCO DE UMA PESSOA PRETA  
INFECTADA PELO HIV, MORRER  
POR AIDS É 2,4 VEZES MAIOR DO  
QUE O DE UMA PESSOA BRANCA**

## CONTAMINADA

Embora os noticiários sempre atrelem os números de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) à população negra, os dados epidemiológicos disponíveis não são suficientes para sustentar a interpretação de que existe uma associação específica entre "população negra" e AIDS. Quando falamos de jovens negros/as, dizemos que é o grupo mais vulnerável às doenças porque estão sob maior influência dos determinantes sociais de saúde, como a insalubridade, a violência e as baixas condições sanitárias às quais estão submetidos/as.

O profissional de saúde que acolher a pessoa negra precisa ter **empatia** e **sensibilidade** para lidar com as demandas raciais e compreender que o **racismo estrutural e institucionalizado** é um fator significativo de sofrimento psíquico e que permeia todas as áreas da vida.

**LEMBRE-SE:** a população é a que mais utiliza o SUS, mais é discriminada nos serviços de saúde e que está constantemente suscetível a práticas racistas. **Como um povo que está sujeito a tudo isso pode ter saúde?**

Pode haver mudanças significativas e potentes nas relações de ajuda com o acesso e a formação de mais pessoas negras na área da saúde, possibilitando vinculações de acolhimento e empatia. No entanto, é importante perceber que lutar contra todas as formas de racismo é um dever de toda a sociedade e não apenas da população negra.

O acesso e a formação de mais pessoas negras na área da saúde causam um impacto significativo e potente nas relações de ajuda, possibilitando vinculações de acolhimento e empatia. No entanto, é importante perceber que lutar contra todas as formas de racismo é um dever de toda a sociedade e não apenas da população negra.

**O que fazer?**



É preciso pensar em estratégias de prevenção através de educação em saúde, que podem e devem ser aplicadas nas escolas, espaços sociais, e nas visitas domiciliares. **No entanto, estas informações precisam ser passadas de forma a contemplar o entendimento do outro.** Não é só falar que precisa usar preservativos para evitar uma gravidez indesejada e proteger contra doenças transmitidas sexualmente, mas é ensinar a colocar o preservativo através de modelos anatômicos e enfatizar que mesmo que haja uma relação de confiança com o seu parceiro/a, é necessária a proteção.



# **TODA MULHER PRETA É PARIDEIRA**

CAPÍTULO 05

## TODA MULHER PRETA É PARIDEIRA

**Graça** estava com 41 anos, sentindo o peso de ser uma mulher preta grávida, quase no 8º mês de gestação de sua segunda filha. No momento, apresentava perda de líquido e foi até ao hospital para ser atendida.

Ao chegar no hospital, foi imediatamente recepcionada por uma técnica de Enfermagem, que a reconheceu, chamou-lhe pelo nome, afinal quem não conhece professora Graça nesta cidade? Era uma alfabetizadora que desde os seus 20 anos trabalha na mesma escola nos dois turnos. Tinha orgulho em ver seus ex-alunos hoje como profissionais liberais. Tinha advogado, enfermeira e até vereador.

Eram 20h quando muito irritado chegou o Dr. Elias, que já estava chateado porque o seu colega não havia chegado para trocar o turno de plantão. Olhando para Graça, ele perguntou:

- O que veio fazer aqui?

Quando ela lhe respondeu que estava perdendo líquido, ele retrucou:

- Estou vendo na sua ficha que você já está de 8 meses, e que não é o seu primeiro parto. Você não sabe que gravidez é assim? Você, no segundo parto, preta e não sabe como é parir? **Toda mulher preta é parideira!** Vá para casa; se sentir contrações com menos de 1 minuto de uma para outra, aí você pode retornar, mas não vou perder meu tempo tocando em você.

Graça voltou para casa no mesmo taxi que a levou, chorando copiosamente a ponto de dormir de tão exausta. Ficou sem trabalhar dois dias, e só comunicou a escola, pois todos sabiam que, se ela não foi trabalhar, não estava realmente aguentando. A primeira filha do seu primeiro casamento, hoje com 16 anos, ficou em casa com ela todo o tempo, pois ela havia deixado seu namorado, pai do menino que carregava em seu ventre, por não aguentar mais tanta bebedeira.

## **TODA MULHER PRETA É PARIDEIRA**

No terceiro dia, houve o rompimento da bolsa amniótica e Graça foi levada ao hospital mais uma vez. Para sua surpresa, era o Dr. Elias quem estava lá novamente. Sala de recepção lotada, e ela foi encaminhada com urgência à sala de parto. Quando ela o viu se aproximar, reagiu enfurecida e disse-lhe:

- Em mim você não toca! Eu posso até morrer, mas em mim você não toca.

Neste momento, nasceu-lhe um lindo menininho, saudável e gracioso, que foi amparado pela enfermeira Lúcia.

A violência obstétrica é uma violência de gênero, questão velada no Brasil e reflexo do racismo institucional. As ações geradoras de violência justificam-se pelas reações hormonais e naturais e passam despercebidas como procedimentos e técnicas aplicados a corpos como necessários.

A violência obstétrica é causada principalmente por ações verbais que atacam a dignidade da mulher, mas também é física. Alguns exemplos de violência obstétrica física:

**A MANOBRA DE KRISTELLER  
(QUE CONSISTE EM  
PRESSIONAR A BARRIGA DA  
MÃE DURANTE O PARTO)**

**EPISIOTOMIA**

**USO ROTINEIRO DE OCITOCINA**

**LAVAGEM  
INTESTINAL**

**NÃO UTILIZAÇÃO  
DE ANALGÉSICOS**

**TOQUES  
INVASIVOS**

**CESARIANA ELETIVA SEM  
CONSENTIMENTO OU SEM  
INDICAÇÃO CLÍNICA**

## TODA MULHER PRETA É PARIDEIRA

A invisibilização das violências obstétricas pelo poder hegemônico médico alargam a carga traumática do parto, especialmente em negras, originando agravos físicos, psíquicos e emocionais à parturiente. O poder de decisão do tipo de parto passa pelo médico que, muitas vezes, define na expectativa de redução do tempo de parto. A negação do direito de ser informada e de opinar em relação aos procedimentos a serem exercidos em seu corpo é a principal eventualidade de violência obstétrica.

Na história, como resultado das ações do médico, Graça trouxe, para um dos momentos mais belos da vida, os sentimentos de angústia, decepção e ansiedade. Ninguém tem o direito de impor às mulheres, condicionando-as a serem “mães por natureza”, a disposição à dor e ao sofrimento, entendidos como naturais do parto., Determinadas práticas intervencionistas perpetradas por profissionais da área de saúde advêm do racismo institucional.

Graça encanta com sua força e coragem. É preciso haver mais “Graças” para fazer valer o direito de um parto humanizado. Qualquer ação que interfira, cause dor ou dano físico ao corpo da mulher, sem recomendação baseada em evidências científicas, é violência obstétrica.

Esta foi uma história com um final feliz, mas, sem dúvida, marcas ficaram em Graça e fizeram dela a mulher que hoje milita.

### O que fazer?



Como profissionais de saúde, é preciso rever as atitudes e práticas perante os pacientes, em especial à população negra, indígena, cigana, de diversos tipos de orientação sexual, quilombolas e em situação de rua, por serem **as que mais sofrem resistência nos ambientes de saúde**, apenas por existirem.



(...) o RACISMO, faz tempo, deixou de ser aceito como uma teoria científica, ele continua plenamente atuante, enquanto ideologia social, na poderosa “teoria do senso comum”, aquela que age perversamente no silêncio e na convivência do dia a dia. O RACISMO é filho da liberdade, pairando, ainda hoje, um grande interdito no que se refere à expansão de direitos para tais populações, que são as mais vitimizadas no país com relação aos direitos à saúde, educação, trabalho, moradia, transporte e segurança<sup>10</sup> .

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As respostas ao questionamento se os profissionais de saúde atuam com práticas humanizadas à população negra a fim de haver uma melhor inclusão no seu atendimento para potencializar o acesso a saúde em seu território levaram à conclusão de que ainda há, entre os profissionais de saúde, um desconhecimento referente ao racismo institucional, devido à não implementação efetiva de programas referentes à PNSIPN, o que, por sua vez, compromete o acesso da população negra aos serviços de saúde e diminui as possibilidades de diálogo.

Cabe aos gestores instituir a PNSIPN a fim de combater qualquer manifestação de racismo no serviço de saúde, além de avaliar os problemas mais recorrentes em meio à população negra da região e planejar como solucioná-los, por meio de treinamentos e educação continuada ou por medidas mais restritivas como punições trabalhistas. Cabe aos/às profissionais de saúde se responsabilizar criticamente pelo sistema de opressão que historicamente privilegia as pessoas brancas, produzindo desigualdades mediante movimentos institucionais de combate ao racismo.

Cada vez mais serão necessários estudos que possam expor as raízes que constroem a identidade e a vida das “Anas”, “Marieles”, “Creuzas”, “Valérias” e “Graças”, assim como as sutilezas das determinações presentes na temática racial para produzir a sensibilização dos profissionais de saúde acerca de suas práticas, criando, assim, uma cultura de afirmação de atitudes antirracistas nas unidades de saúde do Brasil, até que se alcance o estado de nulidade de opressão racial nesses ambientes.

Não é fácil descrever a dor que causa o racismo, em suas variadas formas de expressões. Avaliar que determinantes sociais e da saúde são resultados também de práticas racistas e, por consequência, ampliam as iniquidades nas demandas da saúde da população negra é um bom começo para reescrever esta história. “Topa?”

## REFERÊNCIAS

1. IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
2. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**. Tabela 6408 – População residente; por sexo e cor ou raça. 2020.
3. LEI 8080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
4. GOMES, N. L. **Relações étnico-raciais; educação e descolonização dos currículos**. Currículo sem Fronteiras; v. 12; n.1; pp.98-109; Jan/Abr; 2012.
5. BARRETO, M.; HELOANI, R. Violência, saúde e trabalho: a intolerância e o assédio moral nas relações laborais. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 123, p. 544-561, jul./set. 2015.
6. LÓPEZ, L.C. The concept of institutional racism: applications within the healthcare field. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.40, p.121-34, jan./mar. 2012.
7. RIBEIRO, D. **Pequeno manual antirracista**. 1a ed, São Paulo: Companhia das Letras, 2019.
8. GONZALES, L. **Mulher negra**. Comunicação “The Black Woman’s Place in the Brazilian Society”, apresentada na “1985 and Beyond: A National Conference”, 1985.
9. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: MS; 2007.
10. SCHWARCZ, L. M. **Sobre o autoritarismo brasileiro**. Companhia das letras, 2019.

## SOBRE A AUTORA

**Larayne** é Enfermeira, Especialista em Emergência, Auditoria em Sistemas de Saúde, Gestão em Saúde e Saúde Coletiva.

Mestranda em Ensino e Relações Étnico Raciais pela UFSB e Mestranda em Enfermagem pela UESC.

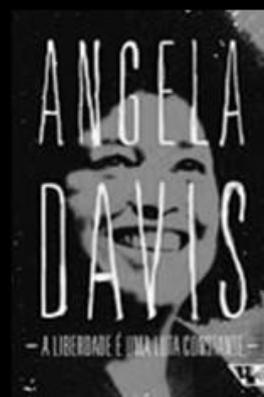
Nascida e criada em Coaraci-BA, é casada e mãe de duas crianças (Davi e Gabriel).

Atua como pesquisadora na área de saúde coletiva, em especial educação continuada para a Estratégia de Saúde da Família, e às populações vulneráveis.

É militante por uma enfermagem empoderada, e acredita que esta pode firmar-se como categoria técnico-científica, sem negligenciar a essência do componente que a define: o cuidar.



## SUGESTÕES DE LEITURA



## ANEXOS

### ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UFSB

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
SUL DA BAHIA - UFSB



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** RELAÇÕES ENTRE RACISMO INSTITUCIONAL E SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA: UM ESTUDO COM A EQUIPE DE ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) EM COARACI-BA

**Pesquisador:** LARAYNE GALLO FARIAS OLIVEIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 44952621.8.0000.8467

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.852.488

##### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório, de natureza quantitativa, a ser realizado em Coaraci-Bahia, tendo como público-alvo os profissionais de saúde das Estratégias de Saúde da Família (ESF). Cada equipe ESF possui uma média de 11 a 13 componentes, com um total aproximado de 96 profissionais de saúde. Objetivo: Analisar a qualidade do acesso da população negra à saúde integral nas unidades de saúde em Coaraci-BA. Metodologia: O processo de coleta de dados será realizado através de um questionário estruturado, disponibilizado remotamente pelo Google Forms® aos profissionais de saúde que desejarem participar após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O processo de análise dos dados será realizado por análise descritiva: com avaliação da média através de medida de tendência central, e desvio padrão por meio da medida de dispersão. Após este levantamento, será realizado o teste de Shapiro-Wilk para avaliar a normalidade dos dados; sendo estes paramétricos, será aplicado o teste T, e não paramétricos, o teste U de Mann-Whitney. Resultados esperados: Este estudo pretende sensibilizar profissionais em saúde, com habilidades e competências além do domínio técnico-científico, que sejam capazes de criar, planejar, implementar e avaliar políticas e ações em saúde para a população.

**Endereço:** Avenida Getúlio Vargas, nº 1732 A

**Bairro:** Bairro Monte Castelo

**CEP:** 45.996-108

**UF:** BA

**Município:** TEIXEIRA DE FREITAS

**Telefone:** (73)3291-2089

**E-mail:** cep@ufsb.edu.br

Continuação do Parecer: 4.852.488

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Geral

1 - Analisar a qualidade do acesso da população negra à saúde integral nas unidades de saúde em Coaraci-BA.

Objetivos Específicos

- 1 - Investigar as formas de racismo institucional e suas razões em unidades de saúde em Coaraci;
- 2 - Refletir sobre as concepções e possíveis comportamentos racistas das equipes de estratégia de saúde da família;
- 3 - Realizar proposições acerca do acolhimento cotidiano aos afrodescendentes nas Unidades de Saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

A pesquisa apresenta um risco mínimo relacionado com possível constrangimento advindos do ato de participar de uma entrevista, para responder a um questionário que contém informações pessoais podendo trazer experiências ou situações. Este risco será minimizado garantindo liberdade para não responder questões constrangedoras. A pesquisadora assegura que serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, e pelo fato da pesquisadora assegurar a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa. Assegura-se também, a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico – financeiro. Durante o período de coleta dos dados os entrevistados podem entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento pelo telefone ou e-mail afim de que seja prestada toda a assistência necessária.

\*\*\* A pendência em relação à minimização dos riscos foi sanada nesta versão

Benefícios:

Em relação aos benefícios, contribuir para uma reeducação continuada dos profissionais de saúde que atuam nas equipes de Estratégia de Saúde da Família, possibilitando a aquisição de conhecimentos e habilidades sobre o acesso a saúde integral pela população negra.

**Endereço:** Avenida Getúlio Vargas, nº 1732 A

**Bairro:** Bairro Monte Castelo **CEP:** 45.996-108

**UF:** BA **Município:** TEIXEIRA DE FREITAS

**Telefone:** (73)3291-2089

**E-mail:** cep@ufsb.edu.br

Continuação do Parecer: 4.852.488

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo exploratório, de natureza quantitativa, a ser realizado em Coaraci-Bahia, tendo como público-alvo os profissionais de saúde das Estratégias de Saúde da Família (ESF). Os estudos exploratórios buscam conhecer as características de um fenômeno para procurar explicações das suas variáveis (causas e consequências) e possibilita ao investigador maximizar seu conhecimento acerca de determinado fenômeno ou problemática (GIL, 2010; LAKATOS, MARCONI, 2011; KÖCHE, 2005). O público-alvo serão os profissionais da Estratégia de Saúde da

Família (ESF) em Coaraci-BA. Cada equipe ESF possui: 01 médico (a), 01 enfermeiro (a), 01 odontólogo (a), 01 ou 02 técnicos (as) de Enfermagem, 01 técnico de saúde bucal, 06 a 07 agentes comunitários de saúde, com uma média de 11 a 13 componentes da equipe, com um total aproximado de 96 profissionais de saúde. Esta distribuição dos profissionais de saúde é realizada a partir de critérios geo-epidemiológicos. O processo de coleta de dados será realizado através de um questionário estruturado, disponibilizado remotamente pelo Google Forms@ <https://forms.gle/aTDi35PXxQga2X2N7> aos profissionais de saúde que desejarem participar após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e sinalizar em caixa de marcação onde lê-se "ACEITO PARTICIPAR". Uma via, assinada e rubricada pelas pesquisadoras do TCLE será enviada por e-mail, que deverá ser assinada e os participantes deverão devolver o mesmo assinado para o e-mail remetente. O processo de análise dos dados será realizado por análise descritiva: com avaliação da média através de medida de tendência central, e desvio padrão através da medida de dispersão. Após este levantamento, será realizado o teste de Shapiro-Wilk para avaliar a normalidade dos dados; sendo estes paramétricos, será aplicado o teste T, e não paramétricos, o teste U de Mann-Whitney. Os dados levantados, assim como os desfechos, serão analisados pelo Programa Estatístico SSps. O desfecho primário a ser avaliado está relacionado ao conhecimento, crença e comportamento dos profissionais que atuam na ESF diante dos elementos que definem o racismo institucional e do seu conhecimento sobre a PNSIPN. Este estudo pretende sensibilizar profissionais em saúde, com habilidades e competências além do domínio técnico-científico, que sejam capazes de criar, planejar, implementar e avaliar políticas e ações em saúde para a população. A proposta de intervenção será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFSB) para posterior parecer, havendo cumprimento das diretrizes e normas regulamentadoras de projetos envolvendo seres humanos.

**Critério de Inclusão:**

O processo de seleção dos profissionais de saúde será constituído de todos aqueles que estiverem

**Endereço:** Avenida Getúlio Vargas, nº 1732 A

**Bairro:** Bairro Monte Castelo

**CEP:** 45.996-108

**UF:** BA

**Município:** TEIXEIRA DE FREITAS

**Telefone:** (73)3291-2089

**E-mail:** cep@ufsb.edu.br

Continuação do Parecer: 4.852.488

ativos (concursados e contratados), lotados em uma das 8 unidades de ESF.

**Critério de Exclusão:**

Serão excluídos os que estiverem de afastamento médico ou férias.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de Rosto - ok,

Termo de anuência - ok;

Currículo Lattes dos membros da Equipe - ok;

Orçamento financeiro - ok;

Cronograma – ok

TCLE – ok

**Recomendações:**

Vide campo “Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações”.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

\*\*\*Após a pandemia, é necessário que a pesquisadora envie uma emenda ao CEP com a folha de rosto carimbada.

Dúvidas referentes ao parecer deverão ser retiradas diretamente com o CEP/UFSB, nesse momento de pandemia, apenas pelo e-mail institucional (cep@ufsb.edu.br).

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Dúvidas referentes ao parecer deverão ser retiradas diretamente com o CEP/UFSB, nesse momento de pandemia, apenas pelo e-mail institucional (cep@ufsb.edu.br).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1723043.pdf	02/07/2021 08:00:20		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE4.pdf	02/07/2021 07:59:43	LARAYNE GALLO FARIAS OLIVEIRA	Aceito

**Endereço:** Avenida Getúlio Vargas, nº 1732 A

**Bairro:** Bairro Monte Castelo **CEP:** 45.996-108

**UF:** BA **Município:** TEIXEIRA DE FREITAS

**Telefone:** (73)3291-2089

**E-mail:** cep@ufsb.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
SUL DA BAHIA - UFSB



Continuação do Parecer: 4.852.488

Ausência	TCLE4.pdf	02/07/2021 07:59:43	LARAYNE GALLO FARIAS OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_4_CEP.pdf	02/07/2021 07:59:25	LARAYNE GALLO FARIAS OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_n.pdf	23/03/2021 18:59:12	LARAYNE GALLO FARIAS OLIVEIRA	Aceito
Outros	Lattes_Milena.pdf	23/03/2021 11:22:33	LARAYNE GALLO FARIAS OLIVEIRA	Aceito
Outros	Lattes_Larayne.pdf	23/03/2021 11:21:41	LARAYNE GALLO FARIAS OLIVEIRA	Aceito
Outros	anuencia.jpg	23/03/2021 11:18:42	LARAYNE GALLO FARIAS OLIVEIRA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

TEIXEIRA DE FREITAS, 16 de Julho de 2021

Assinado por:

**RAFAEL ALEXANDRE GOMES DOS PRAZERES**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Avenida Getúlio Vargas, nº 1732 A

**Bairro:** Bairro Monte Castelo **CEP:** 45.996-108

**UF:** BA **Município:** TEIXEIRA DE FREITAS

**Telefone:** (73)3291-2089

**E-mail:** cep@ufsb.edu.br

## ANEXO B – ANUÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL  
DE  
**COARACI**  
ESTADO DA BAHIA

Secretaria Municipal de Saúde  
CNPJ: 11.361.260/0001-09

### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que aceitaremos a realização do projeto “**RELAÇÕES ENTRE RACISMO INSTITUCIONAL E SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA: UM ESTUDO COM A EQUIPE DE ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA EM COARACI-BA**”, sob a responsabilidade da pesquisadora Larayne Gallo Farias Oliveira do **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO E RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS CAMPUS JORGE AMADO - ITABUNA BAHIA**, sob a orientação da Dra. Milena Cláudia Magalhães Santos Guido da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB).

Esta autorização está condicionada ao cumprimento dos requisitos estabelecidos pela Resolução 466/12 e suas complementares.

Antes do início da coleta dos dados a pesquisadora responsável deverá apresentar a esta instituição do Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Coaraci, 04 de Março de 2021

Maria Luísa S. Silva  
Secretaria Municipal de Saúde  
**Maria Luísa Santos Silva**  
Secretaria Municipal de Saúde  
Decreto 7401/2021 Coaraci-BA

## ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DO USO DE IMAGEM

### AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM

Eu, **DANIEL MENDES MEDINA**, Brasileiro, Solteiro, Enfermeiro e Fotógrafo, inscrito no CPF sob nº355.554.858.16, residente e domiciliado em Coaraci nesse Estado, na Rua Antônio Ribeiro Santiago nº 15 pela presente e na melhor forma de direito, a partir desta data, passo a permitir que a pesquisadora **LARAYNE GALLO FARIAS OLIVEIRA**, discente do Programa de Mestrado Profissional em Ensino E Relações Étnico Raciais, matrícula **2019102902**, sob a orientação da Prof. **MILENA CLAUDIA MAGALHAES SANTOS GUIDIO**, faça uso das imagens fotográficas ora cedidas, bem como de meu nome em divulgações, publicações, impressos, obras literárias, sem fins lucrativos e por prazo indeterminado através da cartilha informativa: **A IMENSURÁVEL DOR DO RACISMO: Reflexões para profissionais de saúde.**

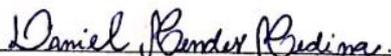
Declaro que a(s) fotografia(s) **Urbanas em preto e branco** poderão ser utilizadas de forma irrestrita, sem remuneração pela colaboração e/ou participação pessoal, e que as mesmas são de minha autoria.

No caso das fotografias conterem imagens reconhecíveis de pessoas, prédios ou espaços públicos, a autorização para veiculação é de minha inteira responsabilidade, como autor(a) das fotografias.

O uso das imagens, produções fotográficas e nome, deverá ocorrer somente nos limites aqui estabelecidos.

Declaro que todas as informações acima são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, assinando esta autorização na presença de duas testemunhas.

Coaraci, 07 de maio de 2021.



**DANIEL MENDES MEDINA**

Testemunhas:



Nome:

CPF: 00406564540



Nome:

CPF: 02468731590