



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Monique França da Silva

Racismo e Saúde: a prática de cuidado na Medicina de Família e Comunidade na Atenção Primária em Saúde do Município do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2021

Monique França da Silva

Racismo e Saúde: a prática de cuidado na Medicina de Família e Comunidade na Atenção Primária em Saúde do Município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Coser Gutiérrez

Rio de Janeiro

2021

Racism and Health: the practice of care in Family Medicine in Primary Health Care in the Municipality of Rio de Janeiro

..

Catologação na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

S586r Silva, Monique França da
Racismo e saúde: a prática de cuidado na Medicina de Família e Comunidade na Atenção Primária em Saúde do Município do Rio de Janeiro / Monique França da Silva. -- 2021.
82 f. : il.

Orientadora: Adriana Coser Gutiérrez.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Medicina de Família e Comunidade.
3. Racismo. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Iniquidade Étnica. I. Título.

CDD – 23.ed. – 305.8098153

Monique França da Silva

Racismo e Saúde: a prática de cuidado na Medicina de Família e Comunidade na Atenção Primária em Saúde do Município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 19 de novembro de 2021.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Bruno Pereira Stelet
Escola Superior de Ciências da Saúde - Secretaria Estadual de Saúde - Distrito Federal

Prof. Dr. Willer Baumgarten Marcondes
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública

Prof.^a Dra. Adriana Coser Gutierrez (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública

Rio de Janeiro

2021

*À Maria Luanda e Maria Tereza, inspiração
para qualquer jornada.*

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste trabalho só foi possível porque tenho muitas pessoas a agradecer. Pessoas presentes no dia a dia, pessoas que se tornaram presentes ainda que ausentes pela pandemia, pessoas que deram longos e pesados passos para que eu acessasse muitos lugares que, a nós mulheres negras, foram negados.

Estou aqui para agradecer a oportunidade de ser outra estatística. Uma mulher, negra, criada na Cidade de Deus, filha de pessoas que investiram nos meus estudos trabalhando como motorista de taxi e empregada doméstica/cabeleireira, mãe da Maria Luanda e Maria Tereza, egressa do sistema de cotas da UERJ do curso de medicina.

Agradeço à Deus pela benção de me dar forças para sempre estar nessa caminhada que é estudar.

Agradeço à minha mãe Kátia França que, ao saber da aprovação no mestrado, se prontificou a estar comigo e Malu em todas as aulas e me apoiar na realização desse curso e antes de tudo sempre me incentivou a estudar e não esquecer das minhas origens. Agradeço ao meu pai Erivaldo por sempre estar à disposição para investir em importantes momentos da minha carreira estudantil.

Agradeço ao meu irmão Arthur, que sempre vibra pelo meu sucesso e sempre demonstra muito carinho e orgulho por mim.

Agradeço a uma legião de amigas e amigos que cooperaram para que eu estivesse aqui e permanecesse. Em especial preciso iniciar esse agradecimento à Fabi Pinto que pegou na minha mão, nos meus certificados e ajudou em todas as etapas desse mestrado, da inscrição à defesa, e se fez presente em cada pedacinho dessa escrita. Agradeço à Denize Ornelas, Rita Borret, Joana Carvalho, Camila Carvalho, Mônica Mendes, Fernanda Lopes, Jurema Werneck, Lúcia Xavier, Louise Silva, ancestrais vivas que me inspiram todos os dias e me movem para ser melhor. Agradeço as leituras e contribuições coletivas de Gabi Barreiras, Rogério Logrado, João Roger, Juliana Maia. Agradeço à Mariana Suzano, mãe de Ayo, pelo incentivo e total dedicação na reta final. Agradeço ao grupo "Isolamento Social MAPS" por todo apoio, reclamações compartilhadas e aproximação isolada nesse novo jeito de ter aula — se a aula fosse presencial, certamente seríamos a turma do fundão.

Agradeço ao Sankofa Atendimento Gestacional por ser suporte, carinho e afeto nesse processo de ser mãe, gestante, médica e mestranda, e me mostrar, na prática, o que eu desejo para todas as pessoas negras no mundo e sobre o que é um cuidado racialmente referenciado.

Agradeço ao Coletivo NegreX por ser um espaço de encontro, de vida, de renovação, de vontade compartilhada de mudar todas as estruturas.

Agradeço muito, muito, muito, muito ao meu marido Douglas pela paciência, pelas palavras de apoio, por equilibrar meus sentimentos, por amparar minhas frustrações, por regozijar com as alegrias, pelo cuidado e amor incondicional a mim e a nossa filha.

Agradeço à minha orientadora Adriana Coser, mãe de Benjamin e Vicente, que a cada encontro só fazia minha admiração por ela aumentar. Foi meu apoio no puerpério e apoio na nova gestação. Mais do que uma orientadora do mestrado, ganhei um exemplo de maternidade, de doutora, de professora, de ser humano. Muito obrigada por toda a acolhida e orientação. Agradeço a toda coordenação do curso do mestrado e dos professores que se adaptaram ao novo normal, sempre sensíveis às nossas demandas e às novas condições que o sistema à distância nos impôs.

Agradeço, por fim, às minhas filhas Maria Luanda e Maria Tereza por, mesmo tão pequenas, serem força motriz para eu concluir este curso e alcançar um título com elas, para elas e por todas as outras pessoas negras deste país que merecem ter um cuidado em saúde que de fato seja equânime.

Começar a pensar que não somos só feridas e cicatrizes, apesar das feridas serem reais. É preciso se movimentar em direção à humanidade mais completa e complexa; para isso precisamos construir outros cenários e horizontes: de festa, alegria e luta, de tudo que o negro pode ser e viver.

WERNECK, 2020.

RESUMO

O município do Rio de Janeiro experimentou um processo relevante de expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) e, conseqüentemente, da especialidade de Medicina de Família e Comunidade (MFC) na prática de cuidado. Vale ressaltar, também, que a capital carioca ocupa a 3^o posição entre as cidades brasileiras de maior número percentual de população negra autodeclarada, esta que é acometida por iniquidades raciais em saúde, impactando na determinação do processo saúde-doença. Dessa maneira, esta pesquisa tem o objetivo de compreender a transversalidade do racismo na saúde e as diretrizes organizacionais da prática do cuidado em Medicina de Família e Comunidade na APS carioca, com vistas à superação do racismo. Para tal, utilizou-se como método a análise documental do conjunto de políticas que pautam a superação do racismo na saúde, dos referenciais teóricos para prática de cuidado na MFC e dos documentos orientadores da APS. Foi possível observar como resultado desta pesquisa que o movimento negro tem um importante papel no pleito institucional da saúde da população, constatando-se que, após a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), são gerados importantes desdobramentos, como a aprovação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a organização do Comitê Técnico de Saúde da População Negra da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. No entanto, verificou-se, também, que há ainda insuficiência de iniciativas de gestão que orientem o campo da MFC na APS carioca para uma atenção antirracista com o objetivo de colaborar para o enfrentamento das iniquidades pelas quais a população negra é atravessada. Conclui-se, portanto, que é mandatória a necessidade de inclusão da temática racial nos referenciais teóricos propostos para a APS pelos campos da MFC e Saúde Coletiva, assim como a priorização de uma agenda executiva sobre o tema junto à estrutura da gestão da APS do município do Rio de Janeiro.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Medicina de Família e Comunidade. Racismo. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The city of Rio de Janeiro has experienced a relevant process of expansion of Primary Health Care (PHC) and, consequently, of the specialty of Family Medicine in the practice of care. It is also noteworthy that the capital of Rio de Janeiro ranks 3rd among Brazilian cities with the highest percentage of self-declared black population, those who are affected by racial inequities in health, impacting the determination of the health-illness process. This research aims to understand the transversality of racism in health and the organizational guidelines for the practice of care in Family Medicine in the PHC of Rio de Janeiro, with a perspective in overcoming racism. To this goal, we used as a method the document analysis of the set of policies that guide the overcoming of racism in health, the theoretical references for the practice of care in the Family Medicine and the guiding documents of the PHC. As a result of this research, it was possible to observe that the black social movement has an important role in the institutional demand of the population's health, noting that, after the creation of the Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, important developments are generated, such as the approval of the Política Nacional de Saúde Integral da População Negra and the organization of the Technical Committee on Health of the Black Population of the Municipal Health Secretariat of Rio de Janeiro. However, it was also found that there is still an insufficiency of management initiatives that guide the field of Family Medicine in the PHC in Rio de Janeiro towards anti-racist care with the objective of collaborating to face the inequities that the black population is experiencing. It is concluded that the need to include the racial theme in the theoretical frameworks proposed for PHC by the fields of family Medicine and Public Health is mandatory, as well as the prioritization of an executive agenda on the topic with the PHC management structure of the city of Rio de Janeiro.

Keywords: Primary Health Care. Family Medicine. Racism. Health Unic System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Síntese do Desenho da Pesquisa.....	20
Figura 1 – Linha do Tempo Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.....	31
Quadro 2 – Capitais com maior número absoluto de população negra autodeclarada e os órgãos na área da Saúde com a temática população negra.....	35
Gráfico 1 – Evolução da APS carioca 2008 - 2020.....	41
Quadro 3 – Atribuições específicas ao Médico da Equipe da ESF.....	42
Quadro 4 – Documentos legislativos para a Saúde da População Negra.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA	Associação Brasileira de Aids
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APs	Áreas Programáticas
APS	Atenção Primária à Saúde
CBC	Currículo Baseado em Competências
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGGAP	Coordenação-Geral de Garantia dos Atributos da Atenção Primária
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Coge	Coordenação de Garantia da Equidade
CTSPN	Comitê Técnico de Saúde da População Negra
DEM	Democratas
DESF	Departamento de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
GTSPN	Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MNU	Movimento Negro Unificado
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PFL	Partido da Frente Liberal
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas
PT	Partido dos Trabalhadores
RI	Racismo Institucional
SAPS	Secretaria de Atenção Primária em Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SEMUR	Secretarias Municipais de Reparação
SEPPIR	Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SMSDC-RJ	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UACPS	Unidades Auxiliares de Cuidados Primários à Saúde
UMAMPS	Unidades Municipais de Atendimento Médico Primário
WONCA	<i>World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 MOTIVAÇÃO E JUSTIFICATIVA	17
3 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA	20
3.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	22
3.2 ASPECTOS ÉTICOS	22
4 RACISMO E SAÚDE: HISTÓRICO E CONQUISTAS DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL	23
4.1 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA.....	23
4.2 POLÍTICAS DE EQUIDADE RACIAL.....	32
5 MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÊNFASE DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA	36
5.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ATUAÇÃO DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	38
5.2 COMITÊ TÉCNICO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA DO RIO DE JANEIRO – CTSPN RJ	45
6 O ESPAÇO DA CONSULTA E ESTRATÉGIAS DE TRANSFORMAÇÃO: POTENCIALIDADES DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE FRENTE AO RACISMO	52
7 RESULTADOS E DISCUSSÕES	61
8 CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS	69

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a população negra (pretos e pardos) constitui a maioria da população (IBGE, 2010). No entanto, esse contingente populacional não está representado nas políticas públicas de qualquer esfera social, inclusive no campo da saúde. O que se vê, de fato, é que as políticas são inexistentes ou frágeis, assim como suas representações. Essa questão é resultado do contexto histórico brasileiro no qual, após a abolição da escravatura, a população negra foi colocada à margem dos direitos sociais, bem como foi ignorado qualquer projeto de inserção e reparação pelos mais de 300 anos de escravização. Naquele momento, foram aprovadas leis que proibiam a prática de capoeira, restringiam a prática de candomblé, limitavam a entrada de imigrantes que não fossem “branco europeus”, entre outras segregações legisladas, ou não, fazendo com que houvesse uma importante organização de pessoas negras em prol da igualdade racial (ARAÚJO, 2015, p. 16). A partir desse movimento, em meados do século XX, começam a surgir leis que se mostram pouco eficientes, com o intuito de coibir práticas discriminatórias (a Lei Afonso Arinos, de 1951, por exemplo), de forma que mesmo que fossem aprovadas tornavam-se motivo de perseguição ao povo negro por denunciarem o racismo (Lei de Segurança Nacional, de 13 de março de 1967 em seu artigo nº 33 no item VI). A Constituição de 1988, inspirada na Lei Carlos Alberto Oliveira (Lei 7437/85), avançou no marco antidiscriminatório através do inciso XLII do artigo V, que torna o racismo um crime inafiançável, no entanto, a prática demonstra que poucos casos são ajuizados e criminalizados de fato (ARAÚJO, 2015, p. 17).

É importante frisar que o impulsionamento de políticas públicas que fomentaram e fomentam mudanças essenciais na sociedade brasileira, com foco nas desigualdades sociais que há anos assolam a população negra, tem como protagonista o Movimento Negro, composto pela sociedade civil organizada com a participação de cientistas, pesquisadores e ativistas na sociedade brasileira. Mesmo entendendo que em todo movimento político há disputas internas, o que importa para este trabalho é que há unidade do movimento em torno do reconhecimento do direito singular da população negra. Logo, será valorizada a existência desse movimento organizado, sem que se aprofunde em sua heterogeneidade.

No contexto histórico de acirramento das desigualdades sociais e redemocratização pós ditadura militar, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira durante a década de 1970 e 1980, baseou-se em princípios e diretrizes estruturantes, sendo hoje os princípios doutrinários do SUS: a universalidade, a equidade e a integralidade (ARAÚJO, 2015, p. 22). Anteriormente a esse momento, emergia o

movimento de mulheres negras, que atuava na luta pelos direitos sexuais e reprodutivos, temas que serão importantes agregadores de discussões dentro do movimento negro na pauta de saúde. Apesar desses fatos, há uma escassez de informações sobre a atuação do Movimento Negro na saúde e na Reforma Sanitária Brasileira, ainda que se reconheça seu papel essencial na elaboração, formulação e disputa por políticas, programas e agendas que assumam as especificidades da saúde da população negra (ARAÚJO, 2015).

Pensando sobre essas especificidades, é premente que seja discutido, primeiramente, o significado de cada um dos princípios norteadores do SUS. O primeiro princípio, a universalidade, é entendido como a garantia de assistência no SUS para qualquer indivíduo, independentemente de sexo, raça, trabalho, credo religioso e convicções políticas, o que dialoga com a Constituição de 1988 pelo seu marco antidiscriminatório (BRASIL, 1988). Por sua vez, a equidade visa assegurar que os indivíduos sejam atendidos de acordo com sua necessidade, reconhecendo as diferenças sociais entre eles. Já o último, a integralidade, tem relação com a visão da pessoa como um todo — tanto nos aspectos biológicos e psíquicos, quanto nos impactos da determinação social do processo saúde-doença —, além de reconhecer a importância do cidadão poder acessar diferentes níveis do serviço de saúde (BRASIL, 1990, p. 5). Mas como abordar isso se os profissionais não (re)conhecem a leitura da formação social brasileira? Como fazer isso se as formações estão permeadas pelo ideal da Democracia Racial que afirma que somos todos iguais?

Vale explicar que, no Brasil, impera o pensamento da Democracia Racial, que pode ser definido como o entendimento de que todas as raças e culturas vivem em harmonia e não há diferenciação ou disputa entre elas, o que contribui para a manutenção do privilégio e da dominação do segmento branco na sociedade e, conseqüentemente, inviabiliza a oferta de cuidado em saúde em consonância com os princípios doutrinários do SUS, em especial, a equidade (LÓPEZ, 2012, p. 122-23). Esse “processo mítico” da democracia racial foi desenvolvido no período pós-abolição com propósito de reformular tensões raciais, despertadas em uma país que não reparou ou promoveu políticas de transição para a população recém-liberta de um sistema escravocrata. O ideário de pluralidade étnica, em que se promove a miscigenação tendo em vista o embranquecimento da população, era reconhecido como projeto de construção do progresso do Brasil, chegando a ter o apoio do Estado por meio de políticas de incentivo à imigração europeia (MUNANGA, 1999). Esse cenário histórico impacta diretamente a superação do racismo nas relações pessoais e, por conseguinte, o cuidado em saúde, pois como desempenhar uma política de equidade — que valoriza as diferenças —, se entre profissionais o pensamento prevalente é de uma população miscigenada?

Segundo Tatiana Dias Silva (2012), em julho de 2010, após 10 anos de tramitação no Congresso Nacional, há a aprovação do Estatuto da Igualdade Racial (Lei 12.288/2010), marco legal que visa um novo lugar social e jurídico para a população negra, dado a suas vulnerabilidades sociais presentes. O projeto de lei inicial teve propostas nas áreas da saúde, educação, trabalho, cultura, esporte, lazer, acesso à terra e à justiça. Houve, ainda, a sugestão da inclusão do racismo como determinante social da saúde que, no entanto, foi rejeitada no processo de aprovação e foi acolhida a temática de saúde da população negra de forma limitada, focando apenas na anemia falciforme. Posteriormente, a temática de saúde da população negra se desdobrou na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Entende-se, de acordo com o documento do Estatuto da Igualdade Racial, a definição de população negra como “[...] o conjunto de pessoas que se autodeclaram pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE” (SILVA, 2012, p. 44). As categorias de raça/cor utilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) atualmente são: branca, preta, parda, amarela e indígena (IBGE, 2020, p. 136). Algo importante de se conceituar no início deste trabalho é que o entendimento de raça se dá pelo reconhecimento de que sujeitos que possuem fenótipos diferentes experienciam formas de nascer, viver, adoecer e morrer diferentes. A categoria raça que advém das ciências biológicas aqui incorpora uma dimensão social e política, compreendendo que o racismo se apresenta como fruto de um passado histórico e está sempre remodelando-se em novas estruturas.

Dados do IBGE (2019) demonstram que pessoas negras são as principais vítimas de homicídios, de baixa escolaridade/analfabetismo, da pobreza, de condições inadequadas de moradia e de condições precárias de trabalho. Em documentos publicados pelo Ministério da Saúde (MS), há a compreensão de que iniquidades sociais podem gerar desfechos negativos no processo de saúde-doença, resultando em altas taxas de desnutrição infantil, em mortalidade materna por causas evitáveis, bem como dificuldades no acesso e no tratamento de doenças curáveis (BRASIL, 2013a).

No SUS, 67% dos usuários se autodeclaram negros, e apesar do entendimento sobre o que se deseja alcançar com a equidade, universalidade e integralidade, existem contradições nos indicadores de saúde dessa população. A população negra tem menor acesso aos serviços de saúde, representa as menores taxas percentuais na realização de mamografia entre mulheres com 50–69 anos, possui percentuais mais elevados de mortalidade materna por causas evitáveis. Ao longo dos anos, tem sido possível perceber que uma política universal não é suficiente para reparar danos históricos com marcas centenárias da marginalização do negro no Brasil (BRASIL, 2017a).

Destarte, o objetivo geral dessa pesquisa é compreender, a partir da revisão documental, a transversalidade do racismo na saúde e as diretrizes organizacionais da prática do cuidado em Medicina de Família e Comunidade na atenção primária à saúde carioca. Para isso, será feito um levantamento e análise de referenciais teóricos, documentos normativos e políticas públicas que norteiam a formação e trabalho da MFC.

Logo, apresentamos esta pesquisa organizada com primeiro capítulo dedicado a descrever o percurso de investigação, incluindo a abordagem e os procedimentos metodológicos e a maneira de utilização do material coletado. Já no segundo capítulo, será realizada uma revisão documental sobre o processo histórico da PNSIPN (Política Nacional de Saúde Integral da População Negra) no contexto nacional, correlacionando-a com movimentos internacionais atrelados ao tema. O terceiro capítulo discute as políticas de equidade racial e a atenção primária à saúde (APS), a partir da recente expansão da APS no município do Rio de Janeiro, campo desta pesquisa. O quarto capítulo, intitulado de "O espaço da consulta e estratégias de transformação: potencialidades da medicina de família e comunidade frente ao racismo ", deve avançar na discussão sobre a prática da clínica e da formação dos profissionais em MFC. Por fim, no quinto capítulo será apresentada a resultados e discussões, visando contribuir com uma análise e sugestões que possam gerar subsídios para práticas de cuidado que superem o racismo na saúde da população negra.

2 MOTIVAÇÃO E JUSTIFICATIVA

A prática do cuidado na Medicina de Família e Comunidade (MFC) no município do Rio de Janeiro e a transversalidade do racismo na área da saúde constituem o foco deste trabalho. Partindo do entendimento de que raça é um conceito social e não biológico, racializar pode significar categorizar indivíduos tanto de acordo com características fenotípicas quanto em relação ao lugar social que ocupam em uma coletividade (SILVÉRIO, 1999). Essa categorização pode ser positiva ou negativa, a depender do grupo que assume o processo de racialização, tornando-se negativa quando existe a inferiorização de um grupo — pessoas negras, por exemplo — em relação a outro — pessoas não negras —, expressando, dessa forma, por meio do racismo, um papel na ideologia, nas práticas e nas instituições a fim de manter as desigualdades (CAMPOS, 2017).

Isso posto, o lugar que ocupo enquanto mulher, negra, médica de família e comunidade, militante do movimento negro e atuante na assistência à Atenção Primária à Saúde (APS) moveu-me a começar a estudar o tema “Racismo na Saúde”. Em razão da prática como médica na APS, percebi que as iniquidades em saúde e, em especial, o racismo atravessavam as diversas formas de nascer, viver, adoecer e morrer (LOPES, 2004, p. 19). Apesar disso, o processo de formação dos profissionais da área permanece vazio sobre o tema.

Em 2002, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro tornou-se pioneira no Brasil no que se refere à criação de políticas afirmativas para o acesso ao ensino superior pela população negra mediante cotas raciais. Fui beneficiária dessa política ao ingressar na graduação de Medicina no ano de 2010, concluindo o curso em 2016. Ao longo da graduação, passei por uma série de crises e angústias devido à escassez de discussões acerca da determinação social do processo saúde-doença e do impacto do racismo nos processos de vida e adoecimento, apesar da maioria dos pacientes com os quais tínhamos contato, na prática, fossem negros e atravessados por vulnerabilidades sociais (OLIVEIRA, 2018). Assim, compreender o racismo como um marcador social de adoecimento foi fundamental para reconduzir meu processo de formação, trazendo força para concluir a graduação e levantar a pauta do racismo em discussões clínicas até os espaços de conselho da universidade. Ao final da minha graduação, participei da fundação do coletivo de negros e negras na medicina, o coletivo NegreX cujo objetivo era o de fazer acolhimento dos estudantes na faculdade de medicina, além de aproximar as pautas da saúde da população negra do currículo do curso. A grande relevância do grupo era de aproximar pessoas negras e construir, coletivamente, uma nova perspectiva de formação e cuidado em saúde (SILVA; SOUZA, 2018).

Após a graduação, segui a formação acadêmica com a especialização em Medicina de Família e Comunidade, optando por um serviço que tivesse preceptoria com profissionais negros e onde a discussão racial na saúde pudesse ser valorizada. Tendo isso em conta, escolhi fazer minha formação na Clínica da Família Anthidio Dias da Silveira, localizada na Favela do Jacarezinho, já que esse território comporta a maior população negra do Município do Rio de Janeiro, com a preceptora Rita Helena Borret. Elaboramos, na clínica, discussões, estudos e oficinas, conseguindo expandir nosso trabalho ao outro lado do mundo, em um Congresso Mundial de Médicos de Família e Comunidade — WONCA, na Coreia do Sul, com o tema “Saúde da População Negra”. Juntas pudemos também articular com outros colegas médicos de família e comunidade, majoritariamente negros, a criação do Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SBMFC) em 2017.

Percebendo a potencialidade das discussões no âmbito da Saúde da Família, por ser um espaço no qual considerava de tamanha importância a determinação social da saúde, foi operacionalizada uma oficina intitulada “Sua consulta tem cor?” pelo Coletivo NegreX e o GT de Saúde da População Negra da SBMFC cujo objetivo era o de refletir acerca das práticas de cuidado na APS, tema que já esteve presente em diversos congressos, disciplinas de faculdade e formação profissional de residentes de MFC, embora sem qualquer incorporação das questões raciais que deveriam fazer parte dessa discussão. Sendo assim, a oficina procurava preencher essa lacuna.

Ao terminar a residência, trabalhei por breve período na Favela do Caju e em seguida fui incorporada à APS do Município de Valença como preceptora do internato da Faculdade de Medicina de Valença. Nesse espaço, ocupando uma posição que me possibilitou estimular discussões, por iniciativa própria, pude suscitar reflexões acerca do racismo na saúde no processo formativo dos grupos de estudantes com os quais tive contato de forma transversal, e não setorializada, como muitas vezes ocorria.

Além disso, com base na discussão com colegas sensíveis ao tema do racismo na saúde, foi possível perceber que a maior dificuldade desses profissionais não era reconhecer que o racismo existe e que atravessa a vida e a morte das pessoas, mas sim como abordá-lo e combatê-lo no contexto da saúde, e como reconhecê-lo para além das situações de racismo interpessoal, já que essas são mais evidentes, podendo ser caracterizadas por xingamentos e desconfiança. Esses questionamentos possibilitaram-me refletir sobre o que me permitia olhar de maneira transversal a raça na construção social dos sujeitos, o que me fazia diferente, para além do lugar social que ocupo enquanto mulher negra com consciência racial.

Em razão dessas vivências, afetações e experimentações, fui impulsionada a pesquisar a respeito da prática profissional da MFC na assistência à saúde, a partir de uma perspectiva que compreendesse as relações raciais às quais médicos/médicas e usuários/usuárias estão submetidos. A prática médica não está isolada da sociedade e do sistema macropolítico racista em que vivemos, considerando que é constantemente impactada pelo racismo institucional, definido por Werneck (2013, p. 18) como “[...] um modo de subordinar o direito e a democracia às necessidades do racismo, fazendo com que os primeiros inexistam ou existam de forma precária”. À vista disso, passei a movimentar inquietações sobre como seria possível construir e implementar um modelo de cuidado em saúde que confronte a perversidade com que o racismo impacta a saúde das pessoas. Quais estratégias poderiam ser adotadas para que se produza um cuidado que visa superar as opressões raciais na APS? A pesquisa a ser desenvolvida neste trabalho justifica-se, assim, pela necessidade e urgência de uma contribuição para o aprimoramento do trabalho de profissionais da saúde, em especial médicos, por meio de análises sobre o racismo e da busca por maneiras de superação dessa problemática por parte dos profissionais.

3 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Esta pesquisa se configura como estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, sendo realizada por meio de análise documental. Tal enfoque foi escolhido por permitir maior exploração e interpretação de documentos teóricos publicados, valorizar a indução do pesquisador e reconhecer o significado individual (CRESWELL, 2010). A análise documental foi produzida a partir do levantamento e exame de reflexões e de críticas dos documentos públicos norteadores da saúde da população negra, da prática clínica da Medicina de Família, das normas técnicas e de referenciais teóricos do cuidado na APS no Brasil.

O quadro abaixo (Quadro 1) apresenta a relação entre os objetivos da pesquisa e a estratégia de coleta de informações e sua subsequente análise.

Quadro 1 – Síntese do Desenho da Pesquisa

Objetivo Geral:	
Compreender, a partir da revisão documental, a transversalidade do racismo na saúde e as diretrizes organizacionais para a prática do cuidado em MFC na APS Carioca	
Objetivos Específicos:	Estratégia de Coleta e Análise de informações:
Identificar e descrever as principais políticas públicas e referenciais teóricos que versam sobre o cuidado da saúde da população negra, com ênfase na APS no Brasil.	Busca de manuais e ofertas educacionais que facilitem a orientação do cuidado que supere o racismo em saúde na APS. Busca de leis, decretos, portarias e resoluções que versam sobre a implementação de um cuidado específico para a população negra.
Analisar como os referenciais descritos no objetivo 1 contribuem para mudanças (ou não) na prática do cuidado, com vistas à superação ao racismo na saúde.	Correlacionar os documentos técnicos de saúde da população negra com os referenciais teóricos da prática clínica em MFC.
Contribuir para novos referenciais teóricos práticos com a finalidade de superar as iniquidades raciais na MFC.	Revisão dos referenciais existentes da MFC que possibilitem novas reflexões sobre o cuidado em saúde antirracista na APS.

Fonte: Elaboração própria, 2021.

Considera-se a análise documental possível a partir de qualquer material — seja ele escrito, fonográfico, depoimentos orais, obras artísticas — de onde se obtém dados para a investigação. No caso desta pesquisa, a base do que aqui denominamos documentos para análise se restringe a materiais escritos e de domínio público. Cellard (2008 apud SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009, p. 8-10) sugere que, ao preparar um documento para a análise, é preciso ter um ritual e, para tal, categoriza em cinco dimensões esse processo, são elas:

1- Contexto: identificar o contexto social, político e cultural em que o documento foi produzido é fundamental para entender as argumentações e as condições de sua elaboração, bem como sua interpretação.

2- Autor e autores: tem sua relevância para avaliar a credibilidade do documento e a implicância das pessoas envolvidas no desenvolvimento do documento.

3 - Autenticidade e confiabilidade do texto: é importante verificar a procedência dos documentos analisados, a fim de garantir que não seja um documento oriundo de plágio ou cópia ou que traga relatos conflituosos em função do lugar que o autor ocupa.

4 - A natureza do texto: está relacionado com a estruturação do texto, que pode variar a depender do contexto, do público-alvo e do autor. É válido que o leitor tenha conhecimento sobre o documento para facilitar sua leitura e compreender os signos.

5 - Conceitos-chave e a lógica interna do texto: correlaciona o sentido das palavras, a escolha de determinados termos para o documento, com o propósito de delimitar uma interpretação adequada ao que se deseja transmitir.

Optou-se por esse percurso de pesquisa com o propósito de interpretar, sintetizar e fazer inferências a respeito dos documentos existentes que versam sobre a prática racializada de cuidado em MFC, visando alcançar os objetivos desta pesquisa. A partir da compreensão dessas dimensões dos documentos selecionados e de sua análise, espera-se criar uma discussão direcionada à elaboração de um documento com diretrizes sugestivas ao cuidado da população negra, com o intuito de superar o racismo na saúde.

Em uma primeira etapa foram realizados acessos em portais oficiais na internet de políticas públicas na busca de leis, normativas e resoluções acerca do tema. Posteriormente, houve o levantamento de referenciais teóricos que se correlacionassem com o tema proposto em artigos, cursos, materiais jornalísticos, dissertações e teses, ainda em ambiente virtual. Vale ressaltar que a apresentação dos documentos propõe respeitar a ordem cronológica de publicação, bem como perceber se há mudanças relevantes entre as publicações de documentos que possuem mais de uma edição.

Por fim, os resultados serão apresentados sob a forma de documento com sugestões e reflexões sobre as novas práticas de cuidado em MFC, a fim de que a questão racial seja valorizada como algo transversal ao indivíduo e ao coletivo.

3.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O maior desafio para a realização desta pesquisa foi também o motivo da sua existência: a carência de conteúdo que oriente uma prática racializada de cuidado na APS. Ao se buscarem diretrizes institucionais ou formativas para esse processo de cuidado, foram encontradas grandes insuficiências. Ainda nessa linha, percebeu-se que o acesso às informações em sites públicos tem uma diluição da pauta racial em diversos setores, talvez até em função da extinção de órgãos específicos, como ocorreu com a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), gerando dificuldades na compreensão e na disseminação do tema.

Vale ressaltar, também, que o atual contexto da pandemia de COVID-19 limitou o trabalho de campo por ter como condicionante central a necessidade de observação das práticas assistenciais dos médicos de família e comunidade, assim como o diálogo com os participantes e com os usuários. Logo, estratégias como grupos focais, entrevistas e observação participante seguem limitados devido às medidas preventivas à COVID-19.

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2013b) e a Resolução 510/2016 (BRASIL, 2016), toda pesquisa que envolva seres humanos deve ser apreciada por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para que receba sua aprovação e possa iniciar a coleta de dados, no entanto, a presente pesquisa utilizou o método de análise documental, acessando apenas dados de domínio público, sem o envolvimento de seres humanos. Dessa forma, não necessitou de apreciação por parte do CEP.

4 RACISMO E SAÚDE: HISTÓRICO E CONQUISTAS DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL

Acerca do campo da saúde, faz-se necessário ressaltar o processo histórico de construção e aperfeiçoamento das políticas públicas para o SUS (Sistema Único de Saúde), que se realiza a partir de ações do Estado, essencialmente, por meio do Controle Social, sempre atento às dinâmicas das relações sociais que atravessam o viver e o adoecer. A presença massiva do Movimento Negro Brasileiro, que a partir de sua organização possibilitou um grande tensionamento e disputas políticas, proporcionou em 2009 a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra — PNSIPN (BRASIL, 2009a) após 21 anos desde a criação do sistema público de saúde. A PNSIPN se viabilizou graças ao árduo trabalho de movimentos sociais, em especial, do Movimento Negro Brasileiro, sua existência advém da necessidade de uma política específica capaz de dar conta da complexidade da leitura social no atendimento do maior grupo de usuários do SUS: a população negra (AMORIM, 2018).

4.1 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) tem como expoente o princípio da integralidade, com o intuito de apresentar novas formas de cuidado em saúde, reconhecendo o racismo como agravante na condição de adoecimento e trazendo este pilar do SUS como caminho para enfrentar as desigualdades raciais na saúde.

O Movimento Negro, durante a década de 1980, participou ativamente da elaboração da Constituição de 1988, cobrando um marco institucional livre de condições discriminatórias, como dito anteriormente. Realizaram-se ações no sentido de desenvolver debates e mecanismos de promoção da igualdade racial no âmbito das políticas públicas, em especial, da política de saúde. Nesse mesmo período, formaram-se conselhos, assessorias e órgãos destinados a tratar de questões específicas da população negra em celebração ao centenário da Abolição, como, por exemplo, a Fundação Cultural Palmares atrelada ao Ministério da Cultura (BISPO, 2014).

Em 1995, no dia 20 de novembro, ocorre a Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e pela Vida, que entrega ao Presidente da República o documento “Por uma Política Nacional de Combate ao Racismo e à Desigualdade Racial”, resultando na criação do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra, composto por militantes do movimento negro, representantes da sociedade civil organizada e governo que, no ano seguinte, promove uma mesa redonda denominada “Saúde da População Negra”.

Como resultado desses movimentos, observa-se a obrigatoriedade de que o quesito raça/cor estivesse presente nos sistemas de informação de mortalidade e nascidos vivos, a instalação do “Programa de Doença Falciforme” e a aprovação da Resolução 196/96, que insere o recorte racial em todas as pesquisas que envolvem seres humanos (BATISTA; KALCKMANN, 2005, p. 39).

Mais adiante, em 2011, o 20 de novembro se torna um dia de mobilização nacional pela Consciência Negra — data valorizada pelo Movimento Negro por se tratar do dia da morte de Zumbi de Palmares, uma referência na luta pela liberdade da população negra (SIMÕES, 2019).

A efetivação dessas políticas não se dá de maneira homogênea em estados e municípios. Ainda no fim da década de 1990 e início dos anos 2000, a atuação de lideranças do movimento negro mostrou-se fundamental para fazer valer a conquista em nível federal, a partir da atuação do Movimento Negro Unificado (MNU). Na experiência do estado do Rio de Janeiro, tem-se como grande referencial a atuação de Jurema Batista, deputada estadual pelo Partido dos Trabalhadores (PT), responsável pela "Semana Estadual de Combate à Mortalidade Materna" e pela "Semana de Prevenção à Anemia Falciforme no Estado do Rio de Janeiro", marcos importantes da saúde da população negra fluminense.

Já no âmbito internacional, a realização de duas conferências gerou produtos importantes e incentivou o pioneirismo na formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. No ano de 2001, em Durban, na África do Sul, ocorre a III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, com representação do governo brasileiro e do Movimento Negro, gerando desdobramentos internos no cenário nacional (BRASIL, 2013a).

Em particular para o campo da saúde, observa-se a integração do Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra ao Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. No mesmo ano de 2001, publica-se o “Manual de Doenças Mais Importantes por Razões Étnicas, na População Brasileira Afrodescendente”, provavelmente, o primeiro manual temático do Ministério da Saúde. Esse documento visa identificar as necessidades de qualificação no cuidado à saúde da população negra, a partir da apresentação clínica, do manejo, do tratamento e do prognóstico das doenças mais comuns nessa população (BRASIL, 2001a).

Ainda em 2001, a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) mobilizou-se para discutir o tema, formulando o documento “Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: Uma Questão de Equidade” em resposta ao Plano de Ação da Conferência Regional das Américas Contra o Racismo, no Chile, em dezembro de 2000. Para

fechar os marcos importantes de 2001, tem-se a criação do “Programa Nacional de Triagem Neonatal”, relevante à identificação de várias doenças, dentre elas a anemia falciforme (SNU, 2001).

No ano de 2003, impulsionada pelos movimentos sociais, ocorre a criação da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) — órgão do Poder Executivo do Brasil, com status de Ministério — que tinha por objetivo promover a igualdade e a proteção de grupos raciais e étnicos afetados por discriminação e demais formas de intolerância, com ênfase na população negra (BRASIL, 2003). Uma medida importante dessa Secretaria é a assinatura do Termo de Compromisso com Ministério da Saúde no I Seminário de Saúde da População Negra, que colocou o Ministério da Saúde em um lugar de reconhecimento das necessidades específicas da população negra, presentes no documento “Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade” (LOPES, 2004, p. 40). Ainda em 2003, foi realizada a 12ª Conferência Nacional de Saúde, que contou com ampla participação do Movimento Negro, mostrando-se relevante na discussão e aprovação de mais de 70 deliberações relacionadas à saúde da população negra, distribuídas em 10 eixos temáticos, que reforçarão a importância do quesito raça/cor na implementação de políticas de saúde, no combate ao racismo e no fomento a políticas afirmativas (CARVALHO, 2004, p. 95).

No ano seguinte a esse seminário, o Ministério da Saúde instituiu o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), composto por diferentes secretarias do Ministério da Saúde e representações da SEPPIR. Esse comitê tem como finalidade contribuir para a equidade racial no SUS, sendo coordenado pela então Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, do Ministério da Saúde, com a missão de fortalecer o controle social e atuar em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2014a). Tal missão foi fundamental, pois a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é aprovada no CNS e pactuada na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (2006), antes mesmo da aprovação ministerial, que ocorreu apenas em maio de 2009. É fundamental ressaltar que a CIT representa a esfera federal, estadual e municipal de governo e, com isso, a operacionalização da política conta com responsabilidades descentralizadas das diferentes esferas. Este trabalho terá como enfoque a atuação no Município do Rio de Janeiro.

Em 2004, foi aprovado o Plano Nacional de Saúde, “Um pacto pela Saúde no Brasil”, no qual há a proposição de diretrizes para a promoção da equidade na atenção à saúde da população negra, com destaque ao cuidado da pessoa com anemia falciforme (BRASIL, 2004a). Nessa ocasião, também foi criado o “Programa Brasil Quilombola”, que visa estruturar ações

específicas à população quilombola, sobre as quais a presente pesquisa não pretende se debruçar por entender que tal tema necessita de um olhar privilegiado (BRASIL, 2013b).

Após dois anos de aprovação da PNSIPN no CNS, instituiu-se, em 2008, o primeiro Plano Operativo do Ministério da Saúde para o SUS (BRASIL, 2008) cuja duração é de 2008 a 2011. Nesse plano, foram apresentados dois problemas da área de Saúde da população negra: “Raça Negra e Racismo como Determinante Social das Condições de Saúde: acesso, discriminação e exclusão social” e “Morbidade e Mortalidade na População Negra”, a partir dos quais se recomendam ações estratégicas, metas e recursos financeiros com destino à atuação das três esferas governamentais (BRASIL, 2008, p. 3).

O plano foi formulado em acordo com o “Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) – Mais Saúde: Direito de Todos e o Pacto pela Saúde” (BRASIL, 2008, p. 2), contendo diversos objetivos, dentre eles aquele que mais se aproxima desta pesquisa é a inclusão do tema étnico-racial nos processos de formação e educação dos trabalhadores da Saúde. Dentre as questões referentes à temática racial no plano, que garantiram aporte financeiro e metas a serem alcançadas, estão: o desenvolvimento de processo de educação permanente para os trabalhadores de Saúde, visando ao enfrentamento das iniquidades em Saúde; a introdução da abordagem étnico racial nos processos de formação de profissionais de Saúde; e a inserção da temática saúde da população negra nos conteúdos de capacitação dos médicos (as) da Equipe de Saúde da Família (ESF) e da educação à distância por meio do Telessaúde (BRASIL, 2008).

A primeira edição da PNSIPN apresenta um marco fundamental caracterizado pelo “[...] 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” (BRASIL, 2017a, p. 24). Assinado no segundo mandato do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva e apresentado pela SEPPIR, esse documento traz princípios, diretrizes, objetivos, estratégias de gestão, bem como a afirmação da responsabilidade de cada esfera governamental de forma explícita. A partir dessas diretrizes e objetivos, torna-se importante que estados e municípios realizem discussões acerca de temas raciais, implementem ações de capacitação profissional, de melhorias nos serviços de saúde, de monitoramento dos indicadores de saúde da população negra, com o intuito de reduzir as iniquidades raciais no âmbito da saúde.

Após quase quatro anos desde a implementação da política, em 2013, ocorre o lançamento da 2ª edição da PNSIPN, que é novamente apoiada pelo Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – Departamento de Apoio à Gestão Participativa, sem a participação da SEPPIR, extinta em 2015, sendo adicionada ao Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos (SANTOS; SOUZA, 2016). O

documento tem o mesmo conteúdo da 1ª edição, apenas acrescido da atualização da portaria de Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, e de alterações na organização do texto.

Em conjunto, foi aprovado o II Plano Operativo da PNSIPN, a partir do diálogo do Ministério da Saúde com o CTSPN e a SEPPIR, que dispõe mais de quarenta ações sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e a descentralização de ações em nível estadual e municipal, compreendendo que todos os níveis devem manter o compromisso no combate às iniquidades raciais em saúde (BRASIL, 2014b). Nessa ocasião, elencou-se apenas uma problemática — diferente do plano anterior, em que havia duas — que diz respeito à dificuldade do acesso da população negra à atenção à saúde, sendo definidos cinco eixos estratégicos com maior aprofundamento, a saber: Acesso da População Negra às Redes de Atenção à Saúde; Promoção e Vigilância em Saúde; Educação Permanente em Saúde e Produção do Conhecimento em Saúde da População Negra; Fortalecimento da Participação e do Controle Social; Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde para a População Negra de acordo com PNSIPN, para efetivação de 2013 a 2015, em consonância com o Plano Nacional de Saúde (2012-2015) (BRASIL, 2014b).

Em 2017, foi apresentada a 3ª edição da PNSIPN (BRASIL, 2017a), que surgiu com nova formulação política de apresentação, remetendo-se ao Manual de Doenças Mais Importantes devido à explanação dos indicadores de saúde das doenças mais prevalentes na população negra. No novo documento, tem-se a atualização de dados sociodemográficos da população negra, como, por exemplo, que ela representa mais da metade da população brasileira, e de mulheres negras como o maior grupo demográfico do país, além de contar com as contribuições de dados obtidos a partir da Pesquisa Nacional de Saúde.

A primeira e a segunda edição da PNSIPN abrangem diversas diretrizes, mas essas precisam de melhor entendimento de como executá-las no exercício profissional. Já a terceira edição traz as atualizações mencionadas e os novos indicadores de saúde que devem servir como *flags*¹ no cuidado à população negra, não necessariamente por uma nova terapêutica, mas pela necessidade de uma prática profissional focada no princípio da equidade na saúde, do desmonte da cadeia de adoecimento, que a maior parcela da população brasileira vive, e da não invisibilização de seu papel.

¹ No cuidado de pessoas com dores crônicas é comum o uso de diversas cores de '*flags*' (tradução livre: bandeiras) para sinalizar condições clínicas ou outros fatores relacionados ao paciente que requerem mais atenção (NICHOLAS *et al.*, 2011).

Nessa edição PNSIPN, ainda, é acrescentada a Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017 (BRASIL, 2017b), que traz a obrigatoriedade da coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor que consta nos formulários dos sistemas de informação da Saúde por profissionais atuantes nos serviços de saúde. Igualmente, conta com a Resolução nº 16, de 30 de março de 2017, que dispõe sobre o III Plano Operativo (2017–2019) da PNSIPN no âmbito do SUS (BRASIL, 2017c). Este plano reforça as políticas e as portarias lançadas anteriormente em prol da equidade racial na Saúde, reitera os eixos estratégicos do plano anterior e as ações que já estavam em curso quanto à formação profissional no processo de educação permanente. É elaborado pela Comissão Intergestores Tripartite, com atribuições às diferentes esferas do governo, com designação aos Estados e Municípios a fim de adicionar este plano ao Plano Estadual e Municipal de Saúde, respectivamente (BRASIL, 2017c).

Já no período do Governo Michel Temer (2016-2019), para além da publicação da 3ª edição da PNSIPN, estabeleceu-se que essa política faz parte das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, em conjunto com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani (SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2017). Esse processo se dá por meio da publicação de uma portaria que atualiza e compila normas do SUS. Nela, fica determinado que a PNSIPN e o Comitê Técnico de Saúde da População Negra são políticas e instâncias de assessoramento do SUS e institui a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) no âmbito do Ministério da Saúde para implementação da política (BRASIL, 2017d). A SGEP é uma Secretaria que visa articular as políticas de equidade com as de saúde a partir de 3 eixos:

i) junto a gestores para pactuar atribuições e definir estratégias de apoio, com os entes subnacionais, na implementação destas políticas; ii) com as instâncias intersetoriais para desenhar e participar de ações conjuntas, dada a natureza transversal destas políticas iii) com os movimentos sociais para dar visibilidade às demandas populares (SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2017, p. 1401).

Faz parte do papel da SGEP coordenar os Comitês Técnicos de grupos vulneráveis do Ministério da Saúde, que atuam na construção de políticas, e também de promover a criação de comitês semelhantes nos outros níveis da federação, com a finalidade de monitorar e garantir a execução das políticas de equidade, com visibilidade dos movimentos sociais e qualificação dos profissionais de saúde.

Contudo, em outubro de 2018, é possível observar uma acentuação da diluição e do desmonte das políticas sociais no cenário nacional. Ocorrem as eleições presidenciais no Brasil e, no segundo turno, é eleito um presidente com um perfil conservador, pró-militarista e cristão, que se estabelece numa perspectiva antidemocrática, com ausência de compromisso com pautas sociais de grupos marginalizados, declaradamente opositor das minorias sociais: Jair Messias Bolsonaro. Dentro da lógica de redução de repartições públicas, o governo Bolsonaro promoveu a criação de "Superministérios", com a fusão e extinção de secretarias e departamentos, atingindo o Ministério dos Direitos Humanos, que foi renomeado como "Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos", tendo como Ministra Damares Alves, advogada, pastora evangélica, educadora e política brasileira da ala conservadora (CHAGAS; MORAES, 2019). As pastas da população negra e da população quilombola foram aglutinadas, fazendo parte da Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial que, por sua vez, perde o status ministerial e tem como objetivo criar e coordenar políticas públicas afirmativas que promovam proteção dos direitos de indivíduos e populações étnico-raciais, com a coordenação de Paulo Roberto, advogado, especialista em Ciência Política, Educação e Comunicação Social e ex-coronel do Corpo de Bombeiros do Distrito Federal (BRASIL, 2021a). Ainda dentro desse conjunto de mudanças políticas e organizativas, as políticas de promoção à equidade em saúde, como a PNSIPN, deixaram de fazer parte da SGEF, devido sua extinção no governo Jair Bolsonaro, ato que confirma a agenda política de apagamento e silenciamento das pautas minoritárias. A PNSIPN passa a ser administrada pela Secretaria de Atenção Primária em Saúde (SAPS), especificamente gerida pela Coge (Coordenação de Garantia da Equidade) da CGGAP (Coordenação-Geral de Garantia dos Atributos da Atenção Primária) do DESF (Departamento de Saúde da Família) da SAPS (MILANEZI, 2020).

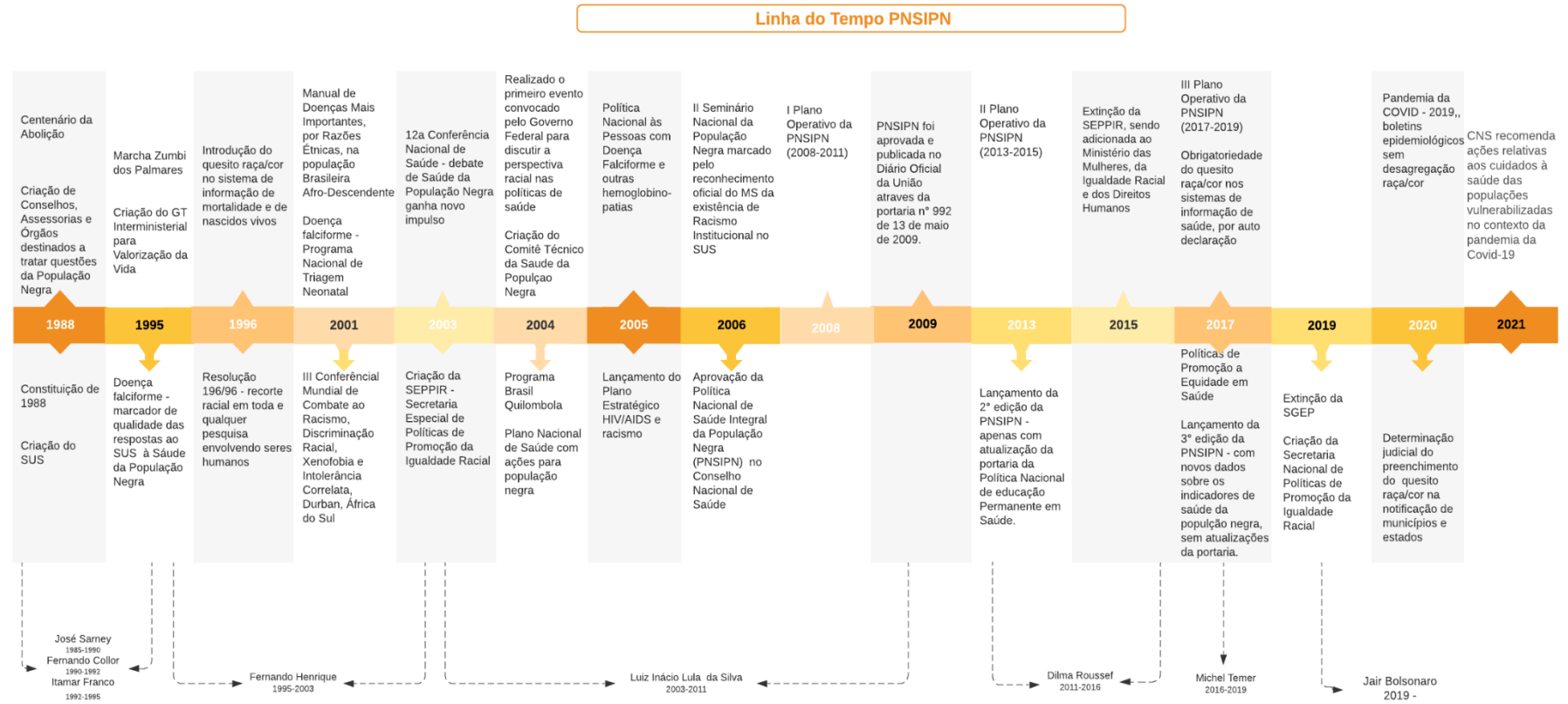
Ainda no governo de Bolsonaro, o mundo passou a enfrentar uma pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2, causador da doença COVID-19, gerando um grande número de pessoas infectadas e com velocidade de letalidade extremamente rápida a grupos vulneráveis. Sistemas de Saúde no mundo inteiro entraram em colapso e pessoas que já eram desassistidas experimentaram o sufocamento simbólico e literal das suas possibilidades de viver, a partir das suas condições de vulnerabilidade. Inicialmente, algumas dessas demarcações de diferença de acometimento pela doença no Brasil, demonstrando a realidade entre pessoas negras e não negras, foi invisibilizada dos boletins epidemiológicos (SANTOS et al, 2020). Apesar da recente portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017 (BRASIL, 2017e), já explicitada, que obriga a coleta de dados do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor nos

formulários dos sistemas de informação da Saúde por profissionais atuantes nos serviços de saúde, esse dado esteve ausente nos primeiros boletins epidemiológicos.

Em março de 2021, o Conselho Nacional de Saúde recomenda ações relativas aos cuidados à saúde das populações vulnerabilizadas no contexto da pandemia da Covid-19, com enfoque direcionado também a população negra, onde se elencou 7 ações prioritárias, e entre elas a inserção da temática étnico-racial nos processos de trabalho e educação permanente para os trabalhadores do SUS e mais uma vez a necessidade do preenchimento do quesito raça/cor nas fichas de notificação de agravo por suspeita/confirmação de covid-19 por profissionais de saúde (BRASIL, 2021b). Lúcia Xavier, coordenadora da ONG Crioula, em entrevista à organização de Direitos Humanos “Terra de Direitos”, diz: “o país não tem medidas institucionais racistas, não tem lugar que diga que não pode negro. Ao contrário, tem leis que pregam igualdade, mas na hora de organizar a política e coibir as situações racistas isso não ocorre” (XAVIER 2020, apud BORGES, 2020, on-line). Essa insuficiência de dados explicita o conceito de Necropolítica desenvolvido pelo filósofo negro, historiador, teórico político e professor universitário camaronense, Achille Mbembe, sendo definido como o poder do Estado em decidir quem deve viver e quem deve morrer (MBEMBE, 2016). A maneira institucional de como o Estado se comporta, sendo permissivo na omissão de dados públicos de quem morre, é uma forma de impedir a organização e execução de políticas cujo objetivo seria o de reduzir a morte de pessoas negras.

A fim de melhor explicitar esse processo histórico, tem-se a Figura 1, uma linha do tempo que retrata as principais iniciativas direcionadas à saúde população negra de 1988 até 2021, com destaque a eventos importantes, documentos e publicações em seus respectivos períodos governamentais.

Figura 1 – Linha do Tempo Política Nacional de Saúde Integral da População Negra



Fonte: Elaboração própria, 2021.

Pode-se observar, de acordo com a Linha do Tempo acima, a importância da ação do movimento negro ao longo da trajetória de construção das políticas públicas em prol da saúde da população negra e enfrentamento do racismo por meio da implementação de normas, leis e portarias estaduais. O Racismo Institucional foi definido em 1967 pelos ativistas do grupo Panteras Negras e por Charles Hamilton como “[...] falha coletiva de uma organização para promover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica” (1967, p. 4 apud WERNECK, 2013, p 17). Ao mesmo tempo em que se tem uma política que reconhece o Racismo Institucional e expõe as iniquidades raciais em Saúde, tem-se uma sociedade que nega o racismo e acredita que o processo de miscigenação coloca negros e não negros em um mesmo patamar social. Ou, ainda, acredita que a condição econômica consegue equiparar os processos de saúde-doença entre pessoas negras e não negras.

Em razão disso, para além do compromisso político assumido pela gestão na implementação da PNSIPN orientada por diretrizes e objetivos específicos, é necessário um exercício profissional sensibilizado, capacitado e engajado, que, ao estar na ponta dessa grande rede de serviços de saúde e de elaborações políticas, desempenhe uma prática em saúde que supere o racismo, desde o acesso ao serviço em si, passando pelo acolhimento, até a elaboração da prática de cuidado.

Assim sendo, o exercício profissional deve estar atrelado à realidade social, que no Brasil é atravessada pelo racismo, influenciando, dessa forma, a vida dos usuários negros e negras ao determinar o ciclo de adoecimento físico, mental e psicológico. Logo, deve ser compromisso do profissional de saúde e da gestão em saúde estarem alinhados às demandas visíveis e invisibilizadas dos usuários de sua responsabilidade, a fim efetivarem um cuidado adequado. No entanto, não tem se observado esse perfil profissional, muito menos instituições que busquem ou se preocupem com profissionais que tenham formação e competência condizentes com uma prática que supere o racismo. Para melhor entender esse contexto, é interessante compreender o processo histórico da construção de políticas públicas de saúde da população negra, como já apresentado, e refletir sobre as carências no campo da APS e na prática da MFC.

4.2 POLÍTICAS DE EQUIDADE RACIAL

Segundo os dados da Pesquisa de Informações Básicas Municipais do IBGE (2018), apenas 28% de todos os municípios brasileiros possuem ações previstas na PNSIPN no planejamento municipal de Saúde, ao passo que os comitês de monitoramento não chegam a

10% em nenhum dos estados. Ainda segundo essa pesquisa, as capitais com maior número absoluto de pessoas autodeclaradas negras, como São Paulo, Rio de Janeiro e Salvador incluíram as ações previstas na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Plano Municipal de Saúde além de possuírem uma instância específica para conduzir, coordenar e monitorar as ações de saúde voltadas à população negra (SALVADOR, 2014).

Por sua vez, as capitais com o menor número absoluto de pessoas autodeclaradas negras, como Florianópolis e Boa Vista, não contam com nenhum tipo de instância voltada à saúde da população negra residente, entretanto, em Florianópolis pode-se observar a inserção de tópicos de saúde da população negra e de combate ao racismo nos cursos e processos de formação da área da Saúde (FERREIRA; MARTINS, 2019).

Contemporaneamente à formulação e à publicação da PNSIPN, as prefeituras de Salvador, Rio de Janeiro e São Paulo instituíram órgãos específicos para a temática da saúde da população negra. Em Salvador, isso ocorreu através da criação, no ano de 2005, do Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra (GTSPN), da articulação entre as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e a Secretaria Municipal da Reparação (SEMUR) (SALVADOR, 2014).

No *site* da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, na parte de destaques, há um *link* para a seção “Saúde para você”, onde se pode encontrar as linhas de cuidado de saúde do idoso, do homem, bucal, do adolescente, de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis e da população negra. O *site* oferece uma apresentação sobre o GTSPN a respeito da saúde da população negra, explica quem compõe a equipe, fornece informativos e notas técnicas nacionais, *links* de serviços, sendo este último um canal de denúncias de discriminação racial.

Quanto ao *site* da prefeitura do Rio de Janeiro, não há menção ao Comitê de Saúde da População Negra do Rio de Janeiro, à exceção de um evento promovido com sua parceria. Por meio da apresentação da Profa. Dra. Isabel Cruz no I Congresso Carioca da APS, tem-se a oportunidade de conhecer os marcos da PNSIPN no Rio de Janeiro, que se iniciou em 2006 com o Seminário de Saúde da População Negra. No ano seguinte, ocorre a aprovação da Resolução SMS n° 1298, de 10 de setembro de 2007, que cria o Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Município do Rio de Janeiro (CRUZ; MIRANDA; SILVA, 2017).

A partir dessa mesma apresentação, obtém-se a informação de que o Comitê é vinculado à Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV), através da Superintendência de Promoção da Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ), na Coordenação de Educação e Saúde. O organograma disponível no *site* do Observatório de Tecnologia em Informação e Comunicação em Sistemas

e Serviços de Saúde, que mostra a estrutura da Superintendência em questão, confirma tal informação (OTICS, on-line).

É possível observar, dessa forma, que o acesso à informação e a contribuição com materiais instrutivos para os trabalhadores da APS nos *sites* oficiais de ambos os municípios é frágil em comparação à estrutura fornecida pelo município de São Paulo.

Por fim, no contexto de observar as cidades com maior número de população negra, tem-se a cidade de São Paulo, que, anterior a ambas as cidades já descritas e até mesmo à aprovação da PNSIPN, criou em 2003 a Área Técnica da Saúde da População Negra da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo após a 1ª Conferência Municipal de Saúde da População Negra. De forma descomplicada é possível acessar, no *site* da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP), a Coordenadoria da Atenção Básica, onde estão mais de dez áreas técnicas de sua responsabilidade, dentre as quais a de Saúde da População Negra (SÃO PAULO, 2017).

No *site* da SMS-SP, há o direcionamento a uma página exclusiva sobre a temática racial na Saúde, onde se encontram os eixos norteadores das ações da área técnica, bem como um boletim de ações para enfrentamento dos principais agravos em saúde da população negra na atenção básica, segundo o boletim raça/cor de agosto de 2020. Esse documento é dividido em ações para saúde materno-infantil, enfrentamento da tuberculose, saúde nutricional, enfrentamento da Covid-19 na população negra, enfrentamento da doença falciforme, entre outras. O conteúdo é atualizado com dados epidemiológicos recentes que sustentam o direcionamento do que deve ser feito na Atenção Básica, a fim de combater o racismo no âmbito da saúde (SÃO PAULO, 2020).

A análise do cenário municipal tem importância na medida em que ele representa a principal instância pública envolvida no processo de implementação da APS e, conseqüentemente, o local de maior atuação da Medicina de Família e Comunidade. O Quadro 3, abaixo, sintetiza as três capitais com maior número absoluto de população negra autodeclarada e seus respectivos órgãos temáticos de saúde da população negra. Esta pesquisa irá se debruçar no Município do Rio de Janeiro, que apresenta diversas peculiaridades sanitárias em função do seu lugar histórico, que será discorrido no capítulo a seguir.

Quadro 2 – Capitais com maior número absoluto de população negra autodeclarada e os órgãos na área da Saúde com a temática população negra

	Salvador	Rio de Janeiro	São Paulo
Criação	Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra – 2005	Comitê de Saúde da População Negra – 2007	Área Técnica da Saúde da População Negra – 2003
Localização	Secretaria Municipal de Saúde e Reparação	Coordenação de Educação e Saúde - Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV)	Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde
Acesso à Informação	Repositório Institucional	Rede Sociais (Facebook/Instagram)	Repositório Institucional
Estratégia de comunicação	e-mail	Rede Sociais (Facebook/Instagram)	e-mail
Material Instrutivo	Ausente	Ausente	Boletim de Ações

Fonte: Elaboração própria, 2021.

5 MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÊNFASE DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

O Município do Rio de Janeiro está localizado no Estado do Rio de Janeiro, na região sudeste do Brasil. Foi sede da Monarquia Portuguesa e depois capital do Brasil até 1960, dentre outros atributos que o colocam em lugar de prestígio e poder, razão de atrair investimentos, bem como milhares de pessoas com perspectiva de terem uma vida nova. Em decorrência disso, houve um crescimento desordenado na cidade, com surgimento de favelas e de áreas vulneráveis à margem das grandes edificações, onde há concentração de renda.

Em 2017, a população estimada era de cerca de 6.520.000 habitantes, em uma área de 1.200.000 km², o que significa que a densidade demográfica é de 5.400 hab./km², com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)² considerado alto, no valor de 0,799 (ATLAS BRASIL, 2020). No entanto, seus moradores vivenciam experiências desiguais a depender de gênero, raça/cor e local de moradia. Alguns bairros vizinhos, entre si, experimentam IDH extremamente discrepantes, como, por exemplo, São Conrado, com 0,787, e a Rocinha, com 0,458 (CAVALLIERI; LOPES, 2008). Isso nada mais é do que o reflexo do crescimento urbano desordenado, com territórios desassistidos pelo Estado (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016).

Ao analisar o IDH, não se encontra discrepância entre gêneros, no entanto, quando se examina a categoria raça/cor, vê-se que brancos e negros conhecem diferentes níveis de desenvolvimento humano. Enquanto a população branca apresenta um IDH considerado bem alto, de 0,848, a população negra, por sua vez, apresenta um IDH de 0,746, configurando uma diferença de 0,102 em números absolutos decorrente da desigualdade em relação à qualidade de vida, ao acesso à educação, à saúde e à renda, mesmo que habitem no mesmo território (ATLAS BRASIL, 2020).

Segundo o CENSO 2010, o Rio de Janeiro é a terceira capital com maior número de pessoas negras (IBGE, 2010), onde a taxa de pessoas negras que vivem na pobreza e na extrema pobreza³ é maior do que a taxa de pessoas brancas na mesma situação. Além disso, é uma das maiores metrópole do país, ficando atrás apenas de São Paulo, e conta com o segundo maior

² Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) possui a estratificação de 5 níveis, dividida entre muito baixo (0-0,499), baixo (0,500 - 0,599), médio (0,600 -0,699), alto (0,700-0,799) e muito alto (0,800 - 1). O objeto de análise leva em conta a educação, a saúde e a renda (ATLAS BRASIL, 2020).

³ No Atlas do Desenvolvimento Humano (2020) são consideradas extremamente pobres, pobres e vulneráveis à pobreza as pessoas com renda domiciliar per capita mensal inferior a R\$70,00, R\$140,00 e R\$255,00 (valores a preços de 01 de agosto de 2010), respectivamente.

Produto Interno Bruto (PIB), registrando renda per capita de R\$1.490,62 e Índice de Gini⁴ de 0,62.

De acordo com o Mapeamento das Atividades Produtivas e da População Trabalhadora do Município do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2017), a cidade carioca possui 160 bairros oficiais, 33 regiões administrativas e 10 áreas programáticas para o gerenciamento da Saúde. Essa organização diferenciada em áreas programáticas para a Saúde — que se assemelham aos distritos sanitários⁵ — foi estabelecida em 1993 e leva em conta uma série de características do território, tendo agregado ao legado sanitário da cidade um diferencial em relação à maioria das metrópoles. As Áreas Programáticas (APs) têm suas particularidades em função da história e evolução da ocupação da cidade, determinando características regionalizadas com relação à atividade econômica, mobilidade, serviços de saúde, educação, formas de adoecimento e mortalidade. Assim, “a dinâmica de ocupação da cidade e a rede de interações entre as Áreas de Planejamento, determinam as características de cada região” (RIO DE JANEIRO, 2013, p. 20).

Historicamente, o Rio de Janeiro ocupa lugar de destaque nacional em diversas políticas, com abrangente número de estratégias de diferentes governos experimentadas em seu território, logo, o setor saúde não seria diferente. Tendo sido capital do país por quase dois séculos, o município conta com uma série de especificidades, tais como as unidades de saúde, que chamam a atenção por suas construções datadas do período colonial. Isso garante a conformação de uma expressiva rede de serviços de saúde, em especial, hospitais. Esses serviços, que ainda hoje representam um desafio em aspectos de capacidade de gestão e articulação em rede entre os diferentes níveis de atenção, compõem parte fundamental da rede de saúde no município do Rio de Janeiro.

O presente capítulo irá abordar o desenvolvimento da APS Carioca e a atuação da Medicina de Família e Comunidade nesse cenário. Ademais, será melhor discutida a presença do Comitê Técnico de Saúde da População Negra da Secretaria Municipal de Saúde e seu papel desde a fundação (LOPES *et al.*, 2018).

⁴ Índice de Gini: é uma das medidas de desigualdade de renda. Seu valor pode variar entre 0 e 1 e, quanto maior, maior a desigualdade de renda existente.

⁵ Segundo Mendes *et al.* (1993), o Distrito Sanitário se propunha a ser a menor unidade territorial de saúde, responsável pelo planejamento, organização e gestão de ações de saúde em seu território específico.

5.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ATUAÇÃO DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Para entender como se dá a estruturação sanitária no Município do Rio de Janeiro, vale destacar de onde surgem as iniciativas de criação dos Centros de Saúde. A partir de 1920, na cidade de São Paulo, na região do Brás, surgiram as primeiras propostas de Centros de Saúde e que, posteriormente, se expandiram a outras regiões consideradas estratégicas. Segundo Campos (1999), as ações de saúde desenvolvidas no âmbito da Saúde Pública, até então de caráter vertical e com foco em agravos específicos, já não mais respondiam à complexidade do cuidado em saúde da população mais pobre em grandes cidades, sendo os Centros de Saúde responsáveis por uma nova estratégia de cuidado. Esses novos serviços de saúde propunham a oferta de ações voltadas para a educação sanitária e à profilaxia, com foco em tuberculose e saúde materno-infantil, os dois problemas mais frequentes da época. Os Centros de Saúde constituíam uma proposta inovadora e tinham a pretensão de dar conta da organização dos serviços de saúde em centros urbanos e que, entre outras coisas, possibilitavam a subdivisão da cidade em Distritos Sanitários com a finalidade de organizar a ação das equipes e a oferta de educação sanitária às famílias e, que, posteriormente, vão influenciar a organização sanitária do Município do Rio de Janeiro. Os Centros de Saúde se propunham a ser uma unidade próxima ao local de moradia das pessoas assistidas, garantindo maior facilidade no acesso e atuando pela lógica da distritalização, a fim de desenvolver na população assistida uma "nova consciência sanitária" (CAMPOS; COHEN; BRANDÃO, 2016, p. 1355) por meio da organização da atenção à saúde, a partir de critérios territoriais e populacionais (CAMPOS; COHEN; BRANDÃO, 2016).

Ao falar do cenário sanitário do município do Rio de Janeiro, é necessário apontar que as mudanças ocorridas passaram por inúmeros desafios ao longo de décadas. Um exemplo disso foi a inserção de diversos serviços, como, por exemplo, as Unidades Auxiliares de Cuidados Primários à Saúde (UACPS) e as Unidades Municipais de Atendimento Médico Primário (UMAMPS), sempre referidas a um Centro de Saúde da respectiva região. Por sua vez, esses Centros de Saúde eram interligados a hospitais vinculados ao Instituto de Aposentadorias e Pensões, com propósito de atender os trabalhadores formais. Os Centros e Hospitais ficaram de herança sanitária, ainda que precários e, até então, sem cobertura universal de saúde (LIMA, 2014). Esse modelo de oferta assistencial esbarra em dado momento com a reorganização política do Brasil e com a Reforma Sanitária.

No mesmo período, vivenciando um contexto de redemocratização do país, a forte mobilização em prol da reforma sanitária brasileira tem fundamental presença na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Nesse encontro, o movimento de sanitaristas e médicos em conjunto com a sociedade civil sugerem medidas que representarão marcos constitucionais do futuro Sistema de Saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre tais medidas, pode-se apontar a saúde como direito de todos e dever do Estado, o fortalecimento do setor público e a participação popular nos serviços de Saúde (PAIVA, 2014).

O SUS é organizado em níveis hierárquicos de assistência à Saúde, com base em ofertas de serviços, em ações de promoção, de prevenção, de grau de complexidade, dentre outros. O primeiro nível é denominado Atenção Primária à Saúde (APS), onde se encontra a porta de entrada ao SUS. A APS possui atributos fundamentais para sua execução, que são desempenhados por diversos sujeitos sejam da esfera gestora, seja da equipe de atendimento profissional. O SUS se ancora em princípios, já citados, que irão se estender a toda sua macro e micro organização.

Por seu turno, a equipe essencial para a existência e o funcionamento da APS é a que compõe a Estratégia Saúde da Família (ESF). O entendimento sociodemográfico e político do Município do Rio de Janeiro é fundamental para entender a organização, expansão e implementação da Atenção Primária à Saúde e seus resultados. A ESF serve como instrumento na organização da assistência, além de se alicerçar nos supracitados princípios do SUS. O processo de implementação da ESF ocorreu em 1994, através da aprovação do “Programa de Saúde da Família” elaborado pelo Ministério da Saúde (TELESSAÚDE SERGIPE, 2015). Tardiamente a essa aprovação, em 2009, levando em consideração os princípios do SUS, o Município do Rio de Janeiro inicia a expansão da APS, quando prioriza áreas vulneráveis e remotas, como já mencionado (LIMA, 2014).

As equipes de saúde da família são compostas por um médico de família e comunidade ou um médico generalista, um enfermeiro de saúde da família ou enfermeiro generalista, além de agentes comunitários de Saúde e um técnico de enfermagem. Espera-se que tal equipe seja responsável por uma população de 3.000–5.000 usuários no território que é coberto por uma Clínica da Família. Em um primeiro momento, para atrair profissionais, são oferecidas diferentes modalidades de contratação com flexibilidade de carga horária de 20h ou 40h, bonificação para áreas de difícil acesso, seja por geografia ou por territórios que sofrem com violência, além da organização de melhorias nas condições de infraestrutura do local de trabalho, provimento e qualificação de recursos humanos através de programas de residência em MFC (SORANZ; PISCO, 2017).

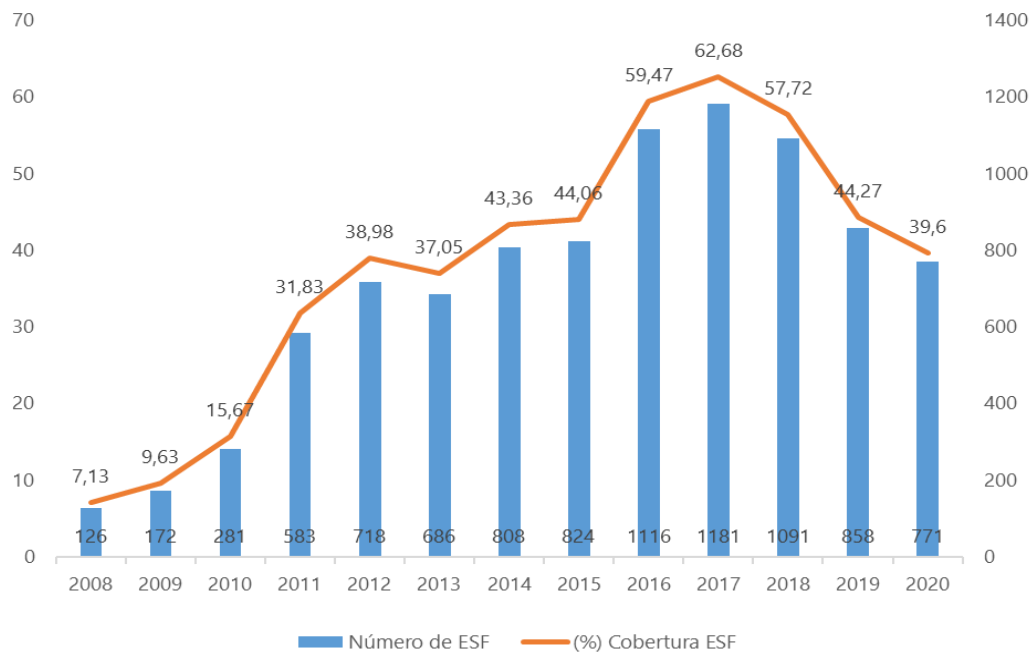
Soranz, Pinto e Penna (2016, p. 1333) comentam que, em 2008, a capital carioca obtinha apenas 3,5% de cobertura da ESF, isto é, havia 163 equipes de saúde da família, ao passo que em 2015 a cobertura atinge 60%, contando com 860 equipes. Esse processo ocorre por meio da junção de esforços políticos e técnicos para sua implementação, desde a Secretaria Municipal de Saúde, com a presença de Daniel Soranz — médico sanitário, especialista em Medicina de Família e Comunidade pela AMB, com mestrado e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz —, passando pelo prefeito Eduardo Paes, que manteve o mesmo secretário durante seus dois mandatos, até o apoio federal do Ministério da Saúde, sob a gerência do sanitário José Gomes Temporão (SORANZ; PISCO, 2017).

Nota-se, ainda, que a expansão da APS carioca no ano de 2009 recebe forte influência do crescimento da APS de Lisboa. A capital portuguesa iniciou o processo de reformulação da APS em 2005, orientada pela Missão para Cuidados de Saúde Primários, e tem importante contribuição do contexto europeu no sentido de ampliar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde à população. Para tal, elaborou-se um plano operativo dividido em três eixos, no qual se valoriza a incorporação de tecnologias de informação e comunicação, mudanças organizacionais de gestão e financiamento, bem como reformulação clínica e profissional (SORANZ; PISCO, 2017).

A ascensão da APS Carioca encontrou grandes desafios com a descontinuidade da estratégia política de sua valorização adotada pelos últimos governos de Eduardo Paes (2009-2016). Em 2017, foi eleito para prefeitura do Rio de Janeiro Marcelo Crivella — engenheiro, bispo da Igreja Universal, senador (2011-2017), ministro da pesca e agricultura (2012-2014). (SILVA; MARQUES; URBINATI, 2017). Tal prefeitura, em consonância com as novas políticas federais de subfinanciamento do SUS, com a diminuição de profissionais da APS, como os agentes comunitários de saúde, aprovada na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2017, inicia um novo projeto sob o lema de “cuidar das pessoas” através da criação de centros especializados (não efetivados) e otimização dos recursos (redução de profissionais/ diminuição do horário de funcionamento das unidades/ aumento do número de usuários por equipe com redução de equipes). É possível mensurar o desmonte da APS carioca no número de equipes de saúde da família, pois ao final de 2017, o número de equipes implantadas era de 1251, com projeção de crescimento nos próximos anos, de acordo com o Plano Municipal de Saúde 2018-2022. Porém, em março de 2019, havia 1090 equipes, representando uma redução de 67% de cobertura populacional em 2017, para 55%, em 2019. Isso pode ser melhor observado com o Gráfico 1, que evidencia a evolução da APS carioca até dezembro de 2020. Por conseguinte, tem-se o agravamento dos indicadores de saúde, com diminuição da oferta de

serviços, barreiras no acesso, impactando ainda mais os que já são vulneráveis socialmente (MELO; MENDONÇA; TEXEIRA, 2019).

Gráfico 1 – Evolução da APS carioca 2008 - 2020



Fonte: Elaboração própria, 2021.

No início de 2020, mais precisamente em março, foi confirmado o primeiro caso de transmissão comunitária de Covid-19, tornando-se uma grande pandemia mundial, com milhões de pessoas infectadas e milhares de pessoas com sequelas ou mortas por um vírus. Essa situação expôs ainda mais as fragilidades da APS carioca decorrentes da escolha política pelo seu desmonte. Por conseguinte, a redução de profissionais e de equipes suscitou uma sobrecarga dos recursos humanos e dificuldades no acesso pela população, com consequências ainda não mensuráveis (FERNANDES; ORTEGA, 2020). Pode-se ter a ilusão de que a COVID-19 é uma doença democrática, que não escolhe quem contaminar, no entanto, a primeira morte notificada no Estado do Rio de Janeiro foi de uma mulher negra, empregada doméstica, moradora de Miguel Pereira, que se contaminou a partir de sua patroa recém-chegada da Itália (TORRES, 2020; CRUZ, 2021). Esse exemplo não é isolado e se repetiu centenas de milhares de vezes entre as pessoas vulneráveis desse país e no município do Rio de Janeiro. Houve negligência nas orientações e políticas públicas sanitárias de redução do crescimento da pandemia em todas as esferas governamentais. O Rio de Janeiro, que é marcado pela presença de favelas, com população extremamente vulnerável e majoritariamente negra, nos primeiros casos apresentou

maior taxa de mortalidade em zonas periféricas e de favela em comparação com as zonas central e sul (áreas mais privilegiadas socialmente), ainda que essas tenham tido maior incidência da doença, muito provavelmente isso está relacionado à carência de serviços e impossibilidades de realizar isolamento social e ter hábitos de higiene para conter a contaminação pelo vírus (LIMA *et al.*, 2021). Já em termos de raça, tem-se que a população negra teve maior taxa de mortalidade em comparação com a população branca, apesar de um percentual de contaminação semelhante (CAVALCANTE; ABREU, 2020). Pode-se constatar, dessa forma, que o desmonte da saúde acirra as desigualdades raciais na saúde e escancara o racismo institucional, evidenciando que políticas universalistas não são o suficiente para corrigir disparidades, perpetuando condições sociais que são multiplicadoras da morte.

O plano de desmonte da APS Carioca se baseou na reestruturação, em 2017, de uma política federal de diretrizes da APS. Essa política, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), desde 2006, vem sendo revisada e organizada para a Atenção Primária à Saúde. A primeira publicação, de março de 2006, define que as atribuições dos membros das equipes de atenção básica devem constar com a normatização do município e do Distrito Federal, embora não apresente detalhamento sobre o papel do médico de equipe (BRASIL, 2006a). As PNABs, de 2006, 2011 e 2017, pouco diferem entre si em relação ao estabelecimento de atribuições específicas do médico da equipe de saúde da família. No Quadro 3, pode-se observar as especificações desse profissional com seus respectivos anos.

Quadro 3 – Atribuições específicas ao médico da equipe da ESF

PNAB 2006	<p>I - Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;</p> <p>II - Realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);</p> <p>III - Realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecologia-obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;</p> <p>IV - Encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contrarreferência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;</p> <p>V - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;</p> <p>VI - Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD;</p> <p>VII - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006b, p. 45-46).</p>
--------------	---

Continua

Quadro 3 – Atribuições específicas ao médico da equipe da ESF

PNAB 2011	<p>I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade;</p> <p>II - Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);</p> <p>III - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;</p> <p>IV - Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário;</p> <p>V - Indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;</p> <p>VI - Contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe; e</p> <p>VII - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (BRASIL, 2011).</p>
PNAB 2017	<p>I - Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;</p> <p>II - Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;</p> <p>III - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;</p> <p>IV - Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;</p> <p>V - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;</p> <p>VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e</p> <p>VII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação (BRASIL, 2017f).</p>

Fonte: Elaboração própria, 2021.

Tais atribuições são relevantes para o funcionamento do cuidado territorial e individual em saúde, mas ainda são insuficientes para instrumentalizar um cuidado que abranja a complexidade da vida das pessoas e dos espaços geográficos que ocupam. Sendo assim, diretrizes mais elaboradas e aprofundadas para a gestão do cuidado poderiam servir de apoio ao exercício de uma prática que ultrapasse o binômio saúde-doença, indo a favor do que outras literaturas estimulam, com olhar integral e equânime.

Uma proposta adequada ao desenvolvimento desse cuidado ampliado é a implementação da ESF, explicitada anteriormente. No entanto, o Brasil era e ainda é incipiente de profissionais qualificados para compor esse recém-chegado formato de atendimento.

Abordando especificamente a categoria médica, pediatras, ginecologistas e clínicos são convidados com frequência a participar de processos formativos nos quais se tornam aptos a desempenhar o papel de médicos generalistas (CORRÊA *et al.*, 2019).

Nessa mesma direção de análise de materiais instrutivos na MFC, a Carteira de Serviços da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2016) é um documento que orienta as ações profissionais na APS e é organizado por linhas de cuidado, com recomendações para a promoção da vigilância em saúde, com vistas a resolver os problemas mais comuns dos usuários. Cabe ressaltar que, embora o Rio de Janeiro seja a terceira capital brasileira com maior número absoluto de pessoas autodeclaradas negras, nesse documento norteador é sutil o tópico “saúde da população negra”, já que a seção de Promoção à Saúde contém apenas uma ação para o reconhecimento da diversidade étnico-racial, que é o preenchimento do quesito raça/cor, presentes nos impressos e sistemas de informação. Conta com uma observação/descrição para a “[...] atenção para as vulnerabilidades específicas por raça/cor na atenção à saúde e valorização da identidade negra, em especial dos jovens” (RIO DE JANEIRO, 2016, p. 115). Contudo, não apresenta como seria feito o monitoramento e a aplicação da ação. Em 2021, a Secretaria Municipal de Saúde Pública a terceira edição dessa carteira de serviços e novamente mantém um olhar ínfimo para pauta de saúde da população negra. Na sessão que explora a organização dos serviços, ressalta a importância de atentar para as populações invisibilizadas, sem definir de que maneira seria feito ou monitorada a execução de ações para essa população (RIO DE JANEIRO, 2021a). Tendo isso em vista, como é possível aos profissionais em MFC exercerem uma prática de cuidado que incorpore a PNSIPN, sabendo que os documentos oficiais responsáveis por trazerem diretrizes, normas e conceitos se mostram frágeis no processo de enfrentamento às iniquidades em Saúde, sobretudo ao racismo?

Portanto, é possível perceber que a APS tem uma defasagem em suas políticas orientadas a uma prática profissional médica que valorize ou até mesmo reconheça o seu papel na superação do racismo na saúde. O processo de surgimento e crescimento da APS Carioca com a devida priorização às áreas vulneráveis, sem o atrelamento à presença de profissionais de saúde que transversalizem o racismo na prática do cuidado e no fomento na implementação das políticas existentes em prol da saúde da população negra tem nos distanciados da equidade em saúde e da possibilidade de extinguir as desigualdades raciais na saúde.

É dentro desse contexto e entendimento do cenário sanitário do Município do Rio de Janeiro e do privilégio de possuir um Comitê Técnico de Saúde da População Negra — criado contemporaneamente à PNSIPN —, que a seguir iremos explorar o papel desse espaço público, como ele surge e seus desafios na promoção da saúde da população negra.

5.2 COMITÊ TÉCNICO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA DO RIO DE JANEIRO – CTSPN RJ

Em dezembro de 2006, por meio da Assessoria de Promoção da Saúde – SMSRJ, atualmente designada Superintendência de Promoção da Saúde, foi articulado, em parceria com a ONG Criola, o II Seminário de Promoção da Saúde, com o tema central a “Equidade em Saúde da População Negra”. O evento teve a participação de 300 pessoas, entre elas, gestores, profissionais de saúde, ativistas do movimento negro e de mulheres negras, representantes da sociedade civil, lideranças comunitárias e representantes das religiões afro-brasileiras. Esse encontro tinha por objetivo sensibilizar profissionais e gestores de saúde e organizar estratégias para implementação da PNSIPN, aprovada no mês anterior no Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2017a).

Acredita-se que o grande legado desse evento tenha sido a criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, em setembro de 2007, ocorrendo em um intervalo menor que 1 ano após a realização do Seminário, através da aprovação da Resolução SMS Nº 1298, no governo do Prefeito Cesar Maia (PFL na época, atualmente DEM). A composição do comitê foi instituída com a representação de entidades convidadas, como a ONG Criola; Rede de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde; Conselho Municipal de Defesa dos Direitos do Negro – COMDEDINE; Instituições e Entidades de Estudo e Pesquisa; Fórum Estadual de População Negra; Fórum Estadual de Mulheres Negras; Associação Brasileira de Aids – ABIA; Instituto de Psicossomática Psicanalítica Ori Aperê, e membros de diversos departamentos da Secretaria Municipal de Saúde, como a Assessoria de Promoção da Saúde; Superintendência de Vigilância em Saúde; Superintendência de Atenção Especializada; Superintendência de Atenção Básica; Conselho Municipal de Saúde; Coordenação de Saúde Mental; Representantes das Coordenações de Área Programática de Saúde por área de afinidade; técnicos especialistas da SMS/Rio das áreas de emergências, maternidades, casa de parto, saúde mental e atenção básica (RIO DE JANEIRO, 2007).

Ao propor essa representação heterogênea de participantes, pode-se supor que havia intencionalidade em compreender as diferentes interfaces do cuidado com vistas a superação do racismo na saúde, através da capilarização do debate racial no âmbito das políticas públicas de saúde. Pode-se reconhecer que o termo Racismo Institucional para esse comitê é estratégico na compreensão intersetorial do racismo na saúde, observando sua presença nas estruturas

organizacionais do estado, dificultando, assim, a execução da PNSIPN já existente naquele momento.

Após uma década, em dezembro de 2018, ocorre um importante avanço a partir da publicação de uma nova Resolução SMS nº1368, de 25 de julho de 2008, em que fica estabelecido o Regimento Interno do CTSPN com mais clareza de suas competências, que seguem abaixo:

- I – Apresentar subsídios técnicos e políticos voltados para a atenção à saúde da população negra no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Municipal de Saúde;
- II – Elaborar propostas de intervenção e contribuir para a sua pactuação nas diversas instâncias da saúde e órgãos da Prefeitura;
- III – sistematizar propostas que visem a promoção da equidade racial na atenção à saúde;
- IV – Participar da elaboração, do acompanhamento e avaliação das ações programáticas e das políticas emanadas pela Secretaria de Saúde no que se refere à promoção da igualdade, segundo as estratégias propostas pelo Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial - CNPIR, criado pela leiº 10.678, de 22 de maio de 2006 (RIO DE JANEIRO, 2008, p.15-16).

Compreender as competências descritas acima do CTSPN é de grande importância por reconhecer a conquista da pauta para dentro do Plano Municipal de Saúde, instrumento central de compromisso da agenda política da gestão com a sociedade local. Observa-se no descritivo das competências que há a tríade de compromisso com a elaboração do planejamento, execução e avaliação de ações com vistas à promoção da equidade racial na atenção à saúde.

Como modo de compreender parte dos avanços e desafios ao longo dos 14 anos de existência do CTSPN, optou-se, nesta pesquisa, por analisar as atas de reunião, eventos e publicações científicas e sua correlação com a atuação do profissional da MFC no âmbito da APS do município do RJ. Esse material se encontra disponível a acesso público em um repositório virtual do Google Drive, localizado no portal da internet do CTSPN, subdividido por ano e mês de ação, de 2007 a 2021. Há também uma organização de modo mais sintético das atividades que compreendem o período de 2007 a 2017, com destaque às ações com ênfase maior para os trabalhadores da APS, tais como:

- Realização de 03 Seminários de Saúde da População Negra abrangendo cerca de 800 participantes representantes da gestão, profissionais e sociedade civil – 2006, 2008 e 2011;
- Implantação da coleta qualificada do quesito raça/cor, a partir da Lei nº 4930 de 22 de outubro de 2008, que dispõe sobre a inclusão do quesito raça nos formulários de informações em saúde do município do Rio de Janeiro através de oficinas de sensibilização e instrumentalização dos profissionais da SMS para o preenchimento

do quesito raça/cor, Certificação de Reconhecimento ao Cuidado de Qualidade “Unidade Parceira do Rio sem Preconceito” como incentivo ao preenchimento do quesito raça/cor (RIO DE JANEIRO, 2018, p. 4-5).

Através da plataforma do Google Drive do CTSPN, não foi possível identificar o tema do seminário realizado em 2006 e 2011. No ano de 2008 a temática escolhida foi "II Seminário de Equidade em Saúde da População Negra: desafios e perspectivas", na Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Seria importante o entendimento das temáticas e correlacionar com possíveis avanços no papel do comitê frente a SMS-RJ.

Há uma problemática recorrente sobre a qualidade do preenchimento do quesito raça/cor nos formulários de informação da SMS-RJ, pois apesar do baixo índice de omissão de coleta dos dados, existe uma dúvida se há a valorização da autodeclaração ou se é feito pela percepção de quem o preenche, por exemplo. Para tal situação, assim como a negativa dos profissionais em reconhecer o racismo como fator social que impacta o processo saúde-doença, o Comitê propõe oficina de caráter educativo para trabalhadores de saúde e para aqueles que atuam nos espaços de gestão e controle social, como conselhos distritais de saúde.

É perceptível, nas atas, a carência, ou, ainda, a ausência do corpo técnico da APS nas reuniões, alta rotatividade da presença de gestores representativos da SMS-RJ, constante presença de acadêmicos de diversas áreas da graduação de ciências da saúde e ciências humanas, exceto da graduação de medicina. É colocado na reunião de dezembro/2018 a dificuldade de ter uma permanência dos membros e parcerias no CTSPN.

Com o intuito de dar um perfil mais executivo e maior clareza da agenda política do CTSPN, foram instituídos grupos de trabalho no ano de 2018. Esses grupos foram organizados por áreas específicas segundo os temas: doença falciforme, saúde mental, privados de liberdade, mortalidade materna de mulheres negras, com vistas a melhor conduzir o enfrentamento do racismo nesses cenários. Observa-se que foram necessários dez anos para que o CTSPN amadurecesse a necessidade de apresentar um novo modelo de gestão.

Em 2019, tiveram sua composição e organização melhores estabelecidas nos primeiros meses do ano, com proposta de 12 meses de trabalho, com autonomia ao CTSPN para se reunirem e discutirem suas pautas e, mais uma vez, permanece ausente a presença de trabalhadores da APS, com destaque também para o profissional médico.

Após a análise da ata de julho de 2019 (RIO DE JANEIRO, 2019), observa-se o tema de saúde da mulher, com dificuldade para a realização de iniciativas de educação permanente, que pode ser associado com a conjuntura política da época, já apresentada no capítulo 3, que

trata sobre a sobrecarga profissional, alta rotatividade de médicos devido à redistribuição dos territórios com diminuição de equipes da APS.

Ainda na mesma ata, há o relato sobre a apresentação das “Submetas para implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra na SMSDC – RJ” (RIO DE JANEIRO, 2019) à equipe do Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde, o que o faz o CTSPN ocupar um lugar de perfil mais executivo. Entre as submetas há identificação de vários temas, tais como:

- 1 - Redução da mortalidade materna e infantil de mulheres e crianças negras;
- 2 - Redução da morbidade e mortalidade por violência e acidentes de jovens negros;
- 3 - Redução de morbidade e mortalidade por tuberculose na população negra;
- 4 - Redução de morbidade e mortalidade HIV/AIDS na população negra;
- 5 - Redução de morbidade e mortalidade sífilis na população negra e
- 6 - Acompanhamento de pessoas adultas com doença falciforme;
- 7 - Instrumentalização, sensibilização e capacitação dos profissionais das unidades de saúde, visando a redução das iniquidades étnico-raciais, com foco no enfrentamento do racismo institucional (RIO DE JANEIRO, 2019, on-line).

Esses temas elencados se respaldam em referências técnico-científicas que irão orientar ações prioritárias da gestão, os dados apresentados a seguir visam corroborar o abismo de cuidado existente à população negra.

Em relação ao item 1, que trata da redução de mortalidade materna de mulheres negras, identifica-se que no município do Rio de Janeiro, dados entre 2015 e 2016, ainda que não estejam atualizados, revelam que a incidência de mortalidade materna entre mulheres pardas era de 42,9%, entre pretas 24% e brancas 31%, isto é, as mulheres negras representam mais da metade (66,9%) da mortalidade materna do Município. Além disso, vale destacar que na maior parte das vezes, a causa dessas mortes poderiam ser evitadas, seja por um bom acolhimento nas maternidades, seja pela assistência adequada no pré-natal (SILVA, 2020). Já sobre o item 2, que traz o tema da redução da morbidade e mortalidade por violência e acidentes de jovens negros, o dado utilizado para mensurar a violência e os acidentes é a taxa de homicídio. Segundo os dados estatísticos do IBGE, a taxa de homicídio da população preta ou parda superou a da população branca, valendo destacar a violência a jovens entre 15 e 29 anos, que chegou à taxa 98,5%, contra 34% entre jovens brancos, em 2017. Quando se considera apenas o gênero masculino de indivíduos pretos e pardos, a taxa pode atingir 185% (IBGE 2019; IPEA, 2020). Quando se verifica a taxa de homicídio doloso de jovens (15-29 anos) no município do Rio de Janeiro, por meio do site do Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro, a realidade não é

muito diferente dos dados federais, revelando 274 vítimas, sendo 90,9% do gênero masculino e 80,3% negros (ISP, 2020). Quando a juventude é vítima de homicídio de forma tão exacerbada as perdas não são apenas para as famílias que ficam, que tem como consequência o sofrimento físico e psicológico, pois isso também significa um retrocesso no próprio país, resultando em aumento dos gastos com atendimento em saúde, redução de capacidade econômica por atingir uma faixa etária economicamente ativa e gerar falta de confiança nas instituições do Estado.

O item 3 remete à redução de mortalidade e morbidade por tuberculose. Os registros por esse agravo, no ano de 2020, evidenciou que mais da metade da população acometidas pela doença eram negras, representando 61,1%, no Município do Rio de Janeiro (BRASIL, 2020a).

Já o item 4 diz respeito à redução de morbidade e mortalidade de infecções transmissíveis, como o HIV. Segundo dados do Tabnet do Município do Rio de Janeiro, dos casos registrados de AIDS em pessoas com 13 anos ou mais, em 2020, 61,4% eram de pessoas negras e 25,4% dos casos de pessoas brancas (RIO DE JANEIRO, 2020a). “Quando distribuídos proporcionalmente os óbitos notificados no ano de 2019 por raça/cor, observaram-se 61,7% de óbitos entre negros, 37,7% entre brancos” (BRASIL, 2020b, p. 27).

Em relação ao item 5, em 2019, considerando os dados de base nacional, constata-se que a maior parte das pessoas notificadas por sífilis adquirida eram de cor parda (38,1%), seguidas de brancas (35,3%) e de pretas (10,2%); agregando pardos e pretos, o percentual foi de 48,3% (BRASIL, 2020c). Observa-se que ainda que não exista uma diferença percentual extrema, como nos dados anteriores, a população negra ainda é a mais afetada, o que nos faz considerar pertinente o pleito a esse tema. Ao realizar busca por dados de base municipal, não foi possível identificar informações do município do Rio de Janeiro, no que se refere ao agravo de sífilis adquirida. Contudo, na análise dos Indicadores e Dados Básicos da Sífilis nos Municípios Brasileiros, no Rio de Janeiro, apresentou-se os seguintes dados: entre mulheres gestantes diagnosticadas com sífilis, 73,6% eram negras e 20,3% brancas; em relação à raça/cor das mães das crianças com sífilis congênita, há uma incidência cinco vezes maior em mulheres negras (49,1%) em comparação com as mulheres brancas (9,6%) (BRASIL, 2020d).

É importante destacar que as doenças anteriormente relatadas, tuberculose, HIV, sífilis, são doenças com história clínica, diagnóstico laboratorial e terapêutica já bem estabelecidos e disponíveis na APS. O que justifica essa desigualdade tão acentuada para a população negra?

Já o item 6 propõe o acompanhamento das pessoas adultas com anemia falciforme, doença genética que apresenta maior prevalência na população negra, com política pública de saúde própria anterior à PNSIPN. No entanto, pacientes ainda encontram dificuldades para seu cuidado devido as barreiras de acesso. O diagnóstico pode ser feito na APS, através da triagem

neonatal com o teste do pezinho e depois o paciente é encaminhado ao cuidado compartilhado com os centros especializados. Isso revela um importante papel no sentido de ordenar o cuidado e coordenar a rede de atenção à saúde para qualificar e promover a atenção à saúde a pessoas com doença falciforme (RIO DE JANEIRO, on-line).

Por fim, tem-se o item 7, que trata sobre a instrumentalização, sensibilização e capacitação dos profissionais das unidades de saúde, com ênfase na redução das iniquidades étnico-raciais. Para esse tema, torna-se complexa a identificação se de fato houve essa iniciativa ou não, e em que medida e de que modo ocorreu ou ocorre. Entretanto, vale ressaltar que não há, até o momento presente, uma área técnica para qualificação de profissionais com vista à redução da iniquidades étnico-raciais na saúde, o que fala a favor da aparente falta de iniciativas que contemplem este item. A título de colaborar com a compreensão desse item, podem ser destacados os resultados identificados na pesquisa de doutorado de Milanezi (2019), que teve como objeto a implementação da PNSIPN das unidades básicas do município do Rio de Janeiro, em que foi observada que há uma negação em se reconhecer a população negra em suas especificidades, assim como a ausência de práticas de equidade racial, que se exemplifica na classificação de pessoas vulneráveis — mulheres, negras e pobres — como "difíceis", e no incômodo com o preenchimento do quesito raça/cor (MILANEZI, 2019).

Todas as submetas elencadas são plenamente elegíveis de atuação da APS, incluso o componente da formação que compõe objeto dessa pesquisa. Pode-se afirmar com os temas propostos acima que as práticas racistas são transversais a várias condições de adoecimento, perpetuando iniquidades. Desse modo, fica o questionamento sobre até que ponto e de que modo a gestão municipal e profissionais implicados da MFC reconhecem essa agenda proposta para a superação do racismo.

Em 2020, o CTSPN incorpora dentro das suas submetas de 2019 o tema da COVID-19, justificado este acréscimo por verificar que houve menor notificação em região de favela, bem como menor índice de internação de pessoas negras e maior índice de letalidade em bairros em que a maioria da população é negra, como já apresentado no capítulo 3 (RIO DE JANEIRO, 2020b). Dedicou-se a reunião seguinte, no mês de agosto, para a atenção à mulheres negras gestantes e sua relação com COVID-19, em que a Superintendência de Hospitais Pediátricos e Maternidades da SMS, por meio da representação de Penha M. da Rocha, aponta o perfil de mulheres gestantes acometidas pela doença — maioria pretas, pardas, jovens —, além de sugerir ações de enfrentamento à pandemia, com capacitação profissional e monitoramento das gestantes/puérperas/recém-nascidos, bem como o reconhecimento de gestantes com Síndrome Gripal Aguda como grupo vulnerável (RIO DE JANEIRO, 2020c).

Com agravamento da pandemia, ainda no ano de 2020, o Comitê avançou no pleito junto à estrutura da SMS-RJ na criação de uma área técnica dedicada ao tema de Saúde da População Negra. Após buscas da atual estrutura organizacional da SMS-RJ, ainda nesse ano de 2021, não se encontrou a incorporação da proposta reivindicada pelo Comitê (RIO DE JANEIRO, 2021b). No entanto, foi possível identificar o Projeto de Lei nº 873/2021, de 09 de novembro de 2021, que propõe a criação do Programa Municipal de Saúde para a População Negra na Câmara Municipal do Rio de Janeiro. Esse documento é caracterizado por estabelecer ao Poder Executivo ações articuladas ao Comitê Técnico de Saúde da População negra, com estratégias de implantação, monitoramento, avaliação do Programa, bem como respaldo orçamentário (RIO DE JANEIRO, 2021c).

Logo, pode-se supor que há um consenso entre as gestões de que a atuação da agenda de racismo e saúde pode seguir sendo organizada sem apoio financeiro e técnico, caracterizando, desse modo, um padrão de não engajamento institucional, revelando a invisibilidade do tema com diversas implicações decorrentes disso.

6 O ESPAÇO DA CONSULTA E ESTRATÉGIAS DE TRANSFORMAÇÃO: POTENCIALIDADES DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE FRENTE AO RACISMO

Pretende-se, neste capítulo, analisar alguns referenciais teóricos da prática de cuidado da MFC. Pode-se afirmar que, com o advento dessa especialidade e a ampliação da ESF, a prática médica na APS é cotidianamente atravessada pelos saberes do campo da Saúde Coletiva.

Desse modo, segundo Ramos (2008), compreender a gestão da prática clínica faz-se importante para o planejamento de algumas estratégias que devem ser valorizadas, tais como: os períodos de consulta; a acessibilidade às ações e aos serviços da unidade, incluindo o processo de acolhimento; o cuidado aos grupos com necessidades especiais; a organização dos cuidados preventivos e de promoção da saúde; a coordenação, articulação e integração das ações de cuidado individual e coletivo com outras unidades e serviços da rede regional de saúde, juntamente a recursos e equipamentos próprios da comunidade; a avaliação de processos e resultados com vistas à efetividade e à melhora da qualidade do cuidado, incluindo a promoção das melhores práticas e a educação permanente dos profissionais, a gerência de riscos organizacionais e clínicos e a utilização contextualizada das evidências e protocolos clínicos.

Diante do exposto, será valorizado o espaço da consulta como *locus* privilegiado para o acontecimento do cuidado profissional, entendendo que ela pode ocorrer em diferentes cenários, tais como a casa, a rua e o consultório, logo, quaisquer espaços presentes no território — onde o Médico de Família e Comunidade atua — e que permitam o encontro entre profissional e usuário. Podemos tomar como recurso terapêutico a versatilidade desses diferentes *locus*, como proposto pelo campo da saúde mental, em que pacientes com transtornos mentais também se beneficiam em termos de ganhos terapêuticos com consultas em locais não tradicionais, não apenas se restringido à ideia do consultório enquanto espaço exclusivo para o exercício da consulta. A modalidade itinerante da oferta do cuidado possibilita ações em defesa da vida, já que o movimento de encontrar o paciente, por vezes de forma surpresa, em um lugar não-fixo é considerado de extrema importância para o exercício do cuidado (LANCETTI, 2006).

Compreende-se, dessa forma, que a consulta é o espaço no qual se potencializa o vínculo entre o profissional e o(a) usuário(a), em que se acolhe as demandas através da escuta, com a finalidade de compartilhar decisões terapêuticas segundo o reconhecimento de possíveis necessidades de saúde que demandem ou não intervenções. É ainda nesse espaço onde ocorre a possibilidade de fortalecimento do acesso à rede assistencial, a busca pela equidade, a

interdisciplinaridade e o registro das condições clínicas ocupacionais e sociais (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

A fim investigar este *locus* privilegiado, a consulta, escolheu-se analisar materiais que servem de embasamento à prática da MFC: os capítulos "Consulta e abordagem centrada na pessoa", "Relação Clínica na Prática do Médico de Família e Comunidade" e "Gestão da Clínica", do Tratado de Medicina de Família e Comunidade, versões 2012 e 2019. A escolha desses capítulos partiu de um lugar que almeja a preconização da temática racial de forma transversal ao cuidado e não apenas situada em capítulos de grupos específicos ou historicamente subalternizados, como aqueles destinados à população carcerária, em situação de rua e favelas, existentes no Tratado (GUSSO; LOPES, 2012; GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Há diversos fatores presentes na consulta que influenciam a prática clínica, dentre os quais podem ser destacados aqueles que são gerados pelos usuários, profissionais e organização do serviço. A partir do lugar do usuário, o Tratado de Medicina de Família categoriza tais fatores como predisponentes, facilitadores e os que criam necessidade. Primeiramente, os fatores predisponentes seriam aqueles relacionados à idade, ao sexo, à etnia, à condição socioeconômica, dentre outros; já os facilitadores seriam a distância da unidade de saúde, a discriminação positiva (raça, sexo, idade, problema de saúde), a relação médico-paciente; por fim, os que criam necessidade seriam situações de sofrimento e doença crônica. Por parte do profissional, o Tratado estabelece a formação profissional e a experiência, dentre alguns exemplos (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

É válido fazer essa explanação a fim de ressaltar que o processo de cuidado parte de lugares em que os olhares podem ser diferentes, desde uma formação profissional que não coloca questões raciais em debate e, desse modo, fragiliza todo um cuidado individualizado ou populacional para pessoas negras, até a própria vivência e experiência individual de quem oferta o cuidado. Cuidar de pessoas e atender/sensibilizar suas expectativas requer mais que empatia, uma vez que essa prática demanda técnica e repertório teórico sobre raça e racismo, sendo que, nesses aspectos, a literatura tem-se mostrado frágil. Um encontro clínico em que a superação do racismo não é pautada pode gerar intersubjetividades que evidenciam falta de letramento racial e (re)produzir o imaginário da democracia racial. Pautar o letramento racial nas diretrizes educacionais para formação profissional em saúde é um desafio que precisa ser enfrentado e exposto sobre o que isso significa. Letramento racial é a capacidade que sujeitos brancos podem desenvolver para desconstruir o racismo, a partir da percepção do seu lugar de privilégio, de sujeito racializado em uma sociedade racista (SCHUCMAN, 2012). Segundo a autora do conceito, France Twine, isso se dá por um conjunto de práticas:

(1) reconhecimento do valor simbólico e material da branquitude; (2) a definição do racismo como um problema social atual, em de um legado histórico; (3) um entendimento de que as identidades raciais são apreendidas e um resultado de práticas sociais; (4) a posse de gramática e um vocabulário que facilita a discussão de raça, racismo e antirracismo; (5) a capacidade de traduzir e interpretar o códigos e práticas racializadas de nossa sociedade e (6) uma análise das formas em que o racismo é mediado por desigualdades de classes, hierarquias de gênero e heteronormatividade (TWINE, 2006, p.344 apud SCHUCMAN, 2012, p. 103-04).

Partindo desse entendimento, percebe-se como o conteúdo de referência acadêmica é insuficiente para lidar com propostas de uma prática que possa enfrentar o racismo de forma transversal no cuidado.

A Medicina de Família e Comunidade opta por uma abordagem de cuidado centrado na pessoa, em que se valoriza a escuta, encoraja-se o usuário, bem como compartilha-se com ele informações e decisões. Esse método de abordagem, o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), após a última edição realizada por Stewart e colaboradores (2017), se baseia em quatro componentes:

- 1 - Explorar a saúde, a doença e a experiência da doença;
- 2 - Entender a pessoa como um todo – o indivíduo, a família e o contexto;
- 3 - Elaborar um plano conjunto de manejo dos problemas;
- 4 - Intensificar a relação entre a pessoa e o médico.

O método é interessante na medida em que explora o processo de adoecimento do paciente para além de sua queixa, sua doença. Há a proposta de entender o paciente em sua integralidade, buscando no espaço da consulta as expectativas, as experiências e a compreensão que a pessoa tem do momento, a fim de alcançar o compartilhamento de decisões e estratégias de cuidado. Embora o método seja importante, mostra-se inconsistente na proposta do cuidado de grupos minoritários, sem fazer menção de como questões raciais são parte do passado, presente e futuro do processo saúde-doença da pessoa negra (STEWART *et al.*, 2017).

Outra abordagem que emerge do MCCP é a “A consulta em 7 passos” (RAMOS, 2009), que se mostra atravessada por diversos modelos de atendimento: biomédico, psicossocial, centrado na pessoa, com a valorização do médico e da relação médico-paciente. Nesse modelo, a consulta ocorre por meio de três fases, subdividida em sete etapas (RAMOS, 2009, p. 210-11):

- Fase inicial: 1) preparação: avaliação do médico sobre si para iniciar a consulta, avaliação das condições materiais e organizacionais do consultório, rever

questões sobre o próximo paciente. 2) primeiros minutos: primeiro contato, momento de acolhimento do paciente e suas demandas/queixas.

- Fase Intermediária: 3) exploração: coleta de informações subjetivas, objetivas e contextuais; 4) avaliação: interpretação, diagnósticos, prognósticos, influência dos dados na vida da pessoa; 5) plano: compartilhamento de decisões sobre como será realizado o cuidado.
- Fase final: 6) encerramento: confirmar os acordos, avaliar se existe alguma pendência/dúvida; 7) reflexão final: pensar sobre o encontro da consulta de forma crítica.

Tendo em vista a apresentação dos dois instrumentos acima, é evidente a não valorização do aspecto racial na abordagem do cuidado na MFC. Logo, põe-se em questão o quanto o principal referencial teórico da MFC brasileira ainda é insuficiente, mesmo sendo utilizado muitas vezes como base para processos formativos e prático do cuidado, ao mesmo tempo que nos leva a refletir sobre a fragilidade na formação especializada. Pode-se concluir que, em um país onde não é discutido o passado escravocrata, no qual não houve processos de reparação, essa dinâmica de apagamento se repetirá no microespaço da consulta clínica.

Segundo o Dicionário de Educação Profissional em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio:

‘Cuidado em saúde’ não é apenas um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o ‘direito de ser’. Pensar o direito de ser na saúde é ter ‘cuidado’ com as diferenças dos sujeitos – respeitando as relações de etnia, gênero e raça – que são portadores não somente de deficiências ou patologias, mas de necessidades específicas (PINHEIRO, 2008, p. 112-13).

É de grande importância entender que o cuidado é determinado por um contexto social e histórico, e para exercê-lo na saúde é necessário ter um repertório individual e coletivo que contemplem essas condições, a fim de que não se apaguem as diferenças entre os sujeitos. Isso porque um apagamento das diferenças teria como consequência uma oferta de cuidado homogênea e não equânime, desconsiderando os múltiplos atravessamentos da vida de um sujeito, trazendo impactos que extrapolam a individualidade de quem é cuidado. Um indivíduo invisibilizado das suas diferenças pode significar vários indivíduos com a mesma situação, conseqüentemente um grupo vulnerável e suscetível a iniquidades sistêmicas, como é o caso de pessoas negras na presença do racismo. Racismo esse que é negado na sociedade e pelos

trabalhadores da saúde, que é estrutural e se pauta nas relações interpessoais e institucionais (MILANEZI, 2019).

O tratado de Medicina de Família e Comunidade estabelece que a especialidade deve apresentar sua prática de forma abrangente, pautada na integralidade de acesso à serviços e menos fragmentada e reducionista (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019). Resta-nos refletir sobre até que ponto isso é possível em territórios conflagrados socialmente, como o município do Rio de Janeiro? Ademais, em face a esse desafio, como agregar o componente do racismo no contexto da consulta médica?

Como tentativa de responder a esse contexto, poder-se-ia apostar na implementação de processos educacionais e de gestão para os profissionais da APS e destaque nos referenciais teóricos para assistência à saúde da MFC sobre temática racial com vistas à superação do racismo. Para tal, vale identificar, inicialmente, quem é o profissional em questão, de modo genérico, pode-se recordar que a Medicina de Família e Comunidade compõe a equipe da Atenção Primária à Saúde (APS). É recente essa especialidade médica, o seu reconhecimento pela Comissão Nacional de Residência Médica e pelo Conselho Federal de Medicina ocorre somente em 2001, ou seja, após 13 anos da implantação da ESF.

No campo da MFC, tende-se a valorizar o Tratado de MFC (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019), que é um compêndio proposto por autores brasileiros e que atualmente é um referencial com grande utilização. Segundo este referencial, os objetivos da MFC são:

[...] prestar assistência à saúde de forma continuada, integral e abrangente para pessoas, suas famílias e a comunidade; integrar ciências biológicas, clínicas e comportamentais; abranger todas as idades, ambos os sexos, cada sistema orgânico e cada doença; trabalhar com sinais, sintomas e problemas de saúde; e proporcionar o contato das pessoas com o médico mesmo antes que exista uma situação de doença ou depois que esta se resolva. Também tem, como característica especial, o acesso do médico de família e comunidade ao domicílio das pessoas (SANAR MED, 2019, online).

Observa-se que a MFC propõe uma atuação caracterizada por um olhar ampliado sobre a assistência à saúde, e, para alcançar essa oferta de saúde na APS, é importante o reconhecimento das desigualdades raciais, sociais e econômicas na nossa sociedade, com vistas à oferta integral desse cuidado. Contudo, no Brasil, a temática raça/cor no campo da saúde é invisibilizada, situação que persiste na Medicina de Família e Comunidade.

Percebe-se que o apagamento da questão racial não ocorre em outra referência importante para definição do papel do MFC, como no *Wonca Europe* — ramo regional da

Organização Mundial de Médicos de Família — que coloca o Médico de Família como alguém que:

[...] cuida do indivíduo no contexto da sua família e cuida da família no contexto comunitário, independentemente de raça, religião, cultura ou classe social. É clinicamente competente para prestar a maior parte dos seus cuidados, levando em consideração o pano de fundo cultural, socioeconômico e psicológico (EUROPE, 2011, p. 30).

Ressaltar que existem diferenças entre os pacientes e que isso deve ser relevante ao cuidado é uma forma de reconhecer diversidade e, potencialmente, diminuir iniquidades. A situação de anulação dessas questões, no contexto brasileiro, confirma que o ideário da democracia racial ainda é presente, algo já debatido na introdução desta dissertação.

O reconhecimento do racismo enquanto parte da determinação do processo saúde-doença permite a compreensão das desigualdades em saúde e suas injustiças. Chama-se de determinação social do processo saúde-doença a concepção de que as condições de adoecimento ou de saúde de um indivíduo ou coletivo não são pautadas por suas escolhas individuais ou estilo de vida, são na realidade, atravessadas pela historicidade, por questões sociais vigentes que explicarão a complexidade da vida e as situações as quais somos submetidos (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

Sobre o apontamento do potencial do espaço formativo para a superação do racismo nas práticas em saúde pela MFC, é válido analisar os principais documentos de orientação curricular para residência médica em MFC.

Em 2015, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) — entidade que congrega profissionais da especialidade no Brasil — apresenta o “Currículo Baseado em Competências” (CBC) como instrumento para guiar os programas de residência do Brasil (TRINDADE, 2015). Seu conteúdo passa por consulta pública, o produto originado não tinha a finalidade de enrijecer ou uniformizar a formação em MFC, pelo contrário, deveria ser contextualizado/adequado para cada situação local. Apesar da ampla participação e das diversas contribuições para a elaboração do documento, em momento algum a diversidade racial, o termo raça/cor e a saúde da população negra são contemplados, ou citados.

Posterior a essa publicação, a Comissão Nacional de Residência Médica lança a Matriz de Competências da Medicina de Família e Comunidade, em 2019 (TRINDADE, 2019). Elaborada com a colaboração dos mesmos organizadores do CBC da SBMFC, a Matriz tem por objetivo conter requisitos mínimos para os Programas de Medicina de Família e Comunidade. Novamente, mais um documento norteador da formação do MFC que não apresenta questões

específicas relativas à população negra. Vale ressaltar que ambos os documentos servem de orientação a diversos programas de residência do Brasil, inclusive do Município do Rio de Janeiro, que conta com diversos programas ofertando mais de 150 vagas por ano para a formação em MFC.

Ambas as versões do Tratado de MFC reforçam o uso do termo “etnia” no lugar de “raça/cor”, como dimensão social e pessoal que impacta o processo saúde-doença. Contudo, não é possível inferir que se aplique o termo “etnia” especificamente à população negra e, se assim fosse, seria algo que precisaria ser discutido. Para efeitos de explicitar melhor os conceitos, a definição de etnia, segundo Munanga (2003, p. 12), é compreendida como "um conjunto de indivíduos que, histórica ou mitologicamente, têm um ancestral comum; têm uma língua em comum, uma mesma religião ou cosmovisão; uma mesma cultura e moram geograficamente num mesmo território." A população negra brasileira, entretanto, experimenta diversas condições de viver, seja na religião, na condição econômica, na organização social e familiar ou em sua cultura. Talvez, o termo etnia possa ser utilizado para designar grupos indígenas — não a população indígena como um todo — no entanto, não é evidente essa interpretação ou correlação. Não há expressão única da população negra no Brasil. Assim, é um equívoco tratar “etnia” e “raça” como sinônimos ou intercambiáveis entre si (SANTOS et al, 2010). Tal substituição de palavras pode advir de uma necessidade de se enquadrar em uma escrita politicamente correta e de apaziguar tensões raciais, mas que, em termos práticos e educacionais na saúde, não muda a realidade racista que temos, a qual gera as discrepâncias de cuidado entre a população negra e a não negra.

Entende-se que no Brasil a APS é permeada por referenciais organizativos da MFC e da Saúde Coletiva, nesta pesquisa, optou-se pelo referencial de Luis Cecílio (2011) do campo da Saúde Coletiva, sobre a gestão do cuidado, definido pelo autor como:

[...] o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz (CECILIO, 2011, p. 589).

Pelo exposto, verifica-se que o cuidado possui dimensões variadas, as quais são conectadas entre si, e partem do espaço da relação entre indivíduos, estendendo-se ao papel das instituições e à produção de políticas públicas dentro das necessidades de saúde. Podem, assim, ser divididas em (CECÍLIO, 2011):

- Individual: cuidar de si, autonomia;
- Familiar: reflete a interação com família, amigos, vizinhos;

- Profissional: formação profissional, relação profissional-paciente, vínculo;
- Organizacional: equipe de trabalho, serviço de saúde em si;
- Sistêmica: rede de serviços em saúde, níveis de atenção em saúde;
- Societária: políticas públicas.

Há complementaridade entre os referenciais teóricos da prática de cuidado aqui analisados, entretanto, mantêm-se insuficientes no detalhamento da questão racial. É complexo o exercício de compreensão do cuidado com o atravessamento da condição racial, no entanto, se não houver citação, sensibilidade e interesse na elaboração de documentos que o apontem como parte desse processo, é certo que ocorrerá a manutenção do racismo e das iniquidades em saúde.

Tendo em vista essa análise, que demonstrou ineficiências no apontamento da temática racial no cuidado de maneira específica, até que ponto não seria interessante oferecer um referencial que apoiasse a gestão e a MFC na sua prática?

A produção de conhecimento da APS, bem como se organiza suas práticas estão em constante (re)formulação por organizações, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). A ABRASCO é uma entidade que reúne instituições de formação e pesquisa em Saúde Coletiva, além de profissionais, técnicos e estudantes da graduação dessa área de atuação, com fundação em 1979. Tem por objetivo a qualificação profissional e o aperfeiçoamento de políticas de saúde, educação e ciência e tecnologias, com vistas à superação dos problemas da saúde no Brasil (ABRASCO, on-line). A SBMFC reúne médicos e médicas que atuam em unidades de saúde e serviços da APS, preceptores, professores, pesquisadores, e outros profissionais que atuam nessa área, fundada em 1981. Podem se associar à entidade especialistas em MFC, médicos residentes e estudantes interessados na MFC. No estatuto da SBMFC, consta seu caráter científico e que seu objetivo é o de promover o aperfeiçoamento da MFC, defesa do SUS e seus princípios e diretrizes, e, assim como a ABRASCO, propõe-se a promover ações para a melhoria da saúde da população brasileira (SBMFC, 2018). Apesar de mais de 30 anos dessas instituições, pioneiras na discussão e construção do SUS e políticas de saúde no Brasil, somente nos últimos anos passaram a se debruçar institucionalmente sobre a temática racial.

Houve a criação do Grupo de Trabalho (GT) de Saúde da População Negra da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), em 2017, no 14º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. Um dos objetivos do GT era o de contribuir para a discussão racial na APS e como a prática profissional pode assumir um papel na

superação do racismo (SBMFC, 2017). Anterior à criação do GT da SBMFC, em 2003, ocorre a fundação do Grupo de Trabalho de Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), impulsionado por pesquisadores, gestores, profissionais de saúde e lideranças de movimentos sociais, durante 7º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Muito se assemelham os GTs nas suas proposições de enfrentamento ao racismo no campo da saúde, o GT da ABRASCO, dentre outros pontos, propõe a organização de espaços com a temática racial em seus encontros, a contribuição para que o tema raça seja incluído no processo formativo profissional e o apoio na implementação da PNSIPN (BATISTA, 2017).

Importante entender que para abordar o contexto nas suas diferentes formas de racismos e para efetuar uma prática de saúde adequada às narrativas de pessoas negras não basta considerar a raça como uma variável individual. Isso pode ser observado quando é citado, equivocadamente, o termo etnia para designar raça. Entender a complexidade do pertencimento racial é entender que existe uma razão negra, como traz Mbembe, que envolve uma “fratura” biológica secular e uma construção conceitual sobre esta fratura, influenciando o discurso, o viver e o entender da vida da pessoa negra, e as idealizações fantasmáticas da sociedade sobre a negritude, oprimindo-a de diversas formas (MBEMBE, 2013). Dessa forma, considerando o exposto sobre o que tem sido construído no campo da Saúde Coletiva e da Medicina de Família e Comunidade sobre o tema “cuidado”, é fundamental trazer aqui que a instrumentalização do cuidado, que pode ser observada, por exemplo, nos protocolos clínicos ou mesmo nos capítulos dos tratados e manuais de Medicina de Família e Comunidade, não parece ter incorporado completamente o conceito de raça dentro do seu arcabouço teórico. Não “racializar” a consulta dificulta a disseminação de práticas centradas em pessoas que possuem o racismo como importante marcador social de diferença (BRAH, 2006; WERNECK, 2016). Por isso, quando se fala em racializar a consulta, significa realiza-la centrada na pessoa negra. Isso envolve um entendimento muito mais específico e importante da sua narrativa. Não é eticamente adequado atender uma pessoa sem racializar a consulta em uma sociedade historicamente intrincada com racismo e com a manutenção dos privilégios da branquitude.

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

No curso desta pesquisa, identificou-se diversas ações que foram institucionalizadas a partir da luta de movimentos sociais, especialmente o movimento negro brasileiro. Vale destacar que esse movimento é diverso e heterogêneo, mas se unifica no enfrentamento das iniquidades raciais. As conquistas, ainda que frágeis, podem ser observadas através da aprovação de leis, resoluções e normas técnicas, em diferentes níveis de governo.

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) possibilitou o reconhecimento de políticas específicas para a população negra, uma vez que traz a marca antidiscriminatória, criminaliza o racismo e estabelece a assistência à saúde a todos brasileiros e brasileiras e pessoas em território nacional, por meio do SUS. Ainda que o presente trabalho argumente que políticas de saúde universais não são suficientes para reparar os danos gerados por mais de 300 anos de marginalização do povo negro, elas, ainda assim, representam algum avanço de aproximação dessa população a determinados direitos, como o acesso à saúde.

Parece ser estratégico tornar obrigatória a coleta do quesito raça/cor em pesquisas com seres humanos, bem como essa mesma obrigatoriedade por parte dos sistemas de informações da saúde, o que acaba por permitir o compromisso público com a transparência, gestão e divulgação dos agravos que acometem a população negra no âmbito da saúde, obrigatoriedade referendada pela Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996a) e Portaria nº 3.947, de 25 de novembro de 1998 (BRASIL, 1998). Mais adiante, a Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, do Ministério da Saúde, dispõe também sobre a obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde, mas que avança quando propõe a autodeclaração do usuário, se for possível (BRASIL, 2017g). Além disso, essa portaria se compromete a apresentar um relatório anual acerca da situação de saúde da população negra no Brasil, a fim de reafirmar seu compromisso em contribuir com a implementação do programa de ação e atividades no âmbito da Década Internacional de Afrodescendentes, proclamada pela Assembleia Geral da ONU (Resolução 68/237) para o período de 2015 a 2024 (BRASIL, 2017g).

A autodeclaração de raça/cor permite que o sistema de saúde fomente a articulação entre cuidado e racismo, possibilitando a reflexão sobre os atravessamentos do processo saúde-doença do usuário. Cabe a reflexão que no Brasil — um país em que paira o mito da harmonia social entre as raças, o apagamento do passado histórico escravagista e, cada vez mais, a exposição do racismo institucional — o reconhecimento do usuário como preto ou pardo pode provocar uma tomada de consciência necessária, quando o viver ou as vivências, por si só, não

são suficientes para levar o sujeito a essa autoafirmação da identidade, dando lugar muitas vezes a uma negação do próprio eu e/ou conformismo com condição de sub-humanidade a qual está submetido na sociedade.

Ainda no campo dos resultados, foi possível observar que o movimento negro brasileiro por décadas pautou a necessidade de formulação de políticas públicas para pessoas com Doença Falciforme — doença genética que acomete, principalmente, a população negra. Assim, foi instituída a Portaria nº 951, de 10/05/1996 (BRASIL, 1996b), que estabelece o Programa de Anemia Falciforme que, mais adiante, se transformará no Programa Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, por meio da Portaria Nº1.018, de 1º de julho de 2005 (BRASIL, 2005). É aprovada, também, a inclusão da doença falciforme no programa de triagem neonatal, através da Portaria Nº 822, de 06 de junho de 2001 (BRASIL, 2001b). Essas políticas específicas à doença falciforme proporcionaram que a discussão sobre a saúde da população negra alcançasse outras condições de agravamento, além de promover qualificação profissional e das unidades de saúde quanto à temática racial no campo da saúde, com vistas a redução do desconhecimento sobre o tema e enfrentamento do racismo institucional.

Outro documento encontrado foi o relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2003, que traz especificidades sobre a saúde da população negra e corrobora um marco institucional muito relevante, implicando o Estado em ações antirracistas no campo da saúde (BRASIL, 2004b). Como resultado disso, pode-se observar o Termo de Compromisso MS/SEPPIR nº 1/2003, que afirma o reconhecimento do Ministério da Saúde de necessidades específicas da população negra (BRASIL, 2004c). Trazendo importantes iniciativas:

- 2004 – Programa Brasil Quilombola: estabelece o agrupamento de políticas que, mesmo universais, sejam especificamente destinadas às comunidades quilombolas e de acordo com as suas necessidades (BRASIL, 2013d).
- 2004 – Plano Nacional de Saúde: um pacto pela Saúde no Brasil que propõe um conjunto de diretrizes para promoção da equidade na atenção à saúde da população negra, com destaque a pessoas com anemia falciforme (BRASIL, 2004d).
- 2009 – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: que reconhece, enquanto política, o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2009b).

Vale destacar que, na década de 90, surgem algumas iniciativas pontuais na formulação de políticas públicas para saúde da população negra e, somente no ano de 2000, há a incorporação por dentro da estrutura do governo federal com a criação da SEPPIR, em 2003. Como efeito da instituição dessa Secretaria tem-se a proposição de comitês comprometidos com promoção da saúde da população em diversos municípios, destacando-se o surgimento do Comitê de Saúde da População Negra do município do Rio de Janeiro, em 2007, como arranjo institucional de reflexão e de pleito de políticas locais.

É de grande importância a presença de instâncias de base local, pois acredita-se que é nesse espaço que ocorrerá a execução e sustentação das políticas de ordem federal. Observa-se que as três principais capitais de maior número percentual de representação da população negra auto declarada — São Paulo, Rio de Janeiro e Salvador — têm a presença de comitês que trazem as pautas de saúde da população negra. A partir da análise feita sobre os comitês, é possível perceber que há uma fragilidade no acesso às informações, não sendo possível afirmar, aparentemente, a institucionalização das suas iniciativas, e não sendo possível constatar a expectativa criada de que o comitê teria a capacidade executora, uma vez que não compõe a estrutura cotidiana da gestão. Percebe-se que o comitê de São Paulo difere um pouco dos demais comitês analisados, com a existência de uma área técnica e da produção regular de boletins epidemiológicos com propostas de ações específicas para a saúde da população negra, criando deste modo não mais somente a expectativa da execução, mas ocupação devido da mesma.

O Município do Rio ocupa a 3^o posição de concentração de população negra entre os municípios brasileiros, portanto, cria-se a expectativa que políticas específicas sejam estabelecidas. Além disso, essa população vive na pobreza e extrema pobreza, o que pode gerar implicações no campo da saúde. No entanto, apesar da ampliação de acesso e cobertura da ESF na APS carioca de 2009 até meados de 2017 — realizadas sob o comando do prefeito Eduardo Paes e secretário de saúde Daniel Soranz — com prioridade a regiões vulneráveis e remotas, não foi possível encontrar, no processo de qualificação da ESF, iniciativas de gestão no processo do combate ao racismo na saúde, inclusive no governo seguinte de Marcelo Crivella.

A existência do Comitê de Saúde da População Negra no Município do Rio de Janeiro mostrou-se como estratégico do ponto de vista institucional, por possibilitar a identificação e pleito de uma agenda prioritária para a saúde da população negra no município. No entanto, como já apresentado no texto, por um período de 12 anos, ele funcionou com uma baixa capacidade operativa e em 2019 há uma reorientação fundamental para superar essa situação, através da proposição de grupos de trabalho com temáticas sensíveis às desigualdades raciais em saúde e pela identificação de 7 submetas prioritárias para implantação da PNSIPN da

SMSDC-RJ, com fundamentação técnico-científica. Já, em 2020, propõe a criação de uma área técnica vinculada à SMS-RJ, com objetivo de superar a baixa capacidade de formulação e execução de si próprio aliado a gestão local. Porém, nesse mesmo ano, o comitê é atravessado pela pandemia da Covid-19, o que dificultou maior aprofundamento por essa pesquisa nesse recente cenário frente às potências e desafios postos.

Não foi possível observar qualquer tipo de menção ao cuidado antirracista na prática em saúde, nos principais documentos que tratam sobre as atribuições da MFC - as três edições da PNAB, Tratado de Medicina de Família e Comunidade e alguns referenciais do cuidado da saúde coletiva já citados. Destaca-se também entre as iniciativas de gestão que protagonizam a organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família da APS é a implantação e a execução da Carteira de Serviços, no entanto, mostra-se frágil na qualificação de um cuidado que supere o racismo, apontando apenas para a presença e necessidade de preenchimento do quesito raça/cor nos impressos de sistema de informações em saúde, sem quaisquer outras orientações. E, ainda assim, essa mínima ação tem pouco avanço, com agravamento no contexto da pandemia covid-19. Apesar do racismo ser considerado uma questão estrutural na sociedade brasileira, a construção desses referenciais e as principais instituições que são sensíveis ao ordenamento da APS, em seus documentos orientadores propositivos e amplos, desconsidera o racismo como elemento essencial, dando a impressão de que a pauta está superada ou é irrelevante.

É urgente uma revisão do Tratado de MFC que incorpore a temática racial, de maneira transversal. Além disso, é muito recente a presença da pauta racial em sociedades científicas como a ABRASCO e a SBMFC, onde se observa a insuficiência dessas organizações em relação à construção de referenciais, reflexões, estratégias organizacionais da APS que contribuam com as políticas propostas, de âmbito federal, estadual e, sobretudo, de âmbito municipal. Essas instituições, em certa medida, influenciam a organização da APS e, por consequência, atravessam as práticas da MFC, o que demonstra que é preciso ser potencializado o papel dos seus respectivos grupos de trabalho que tratam da questão racial.

Em face a tudo que foi descrito, foi possível observar, ainda, que no campo da MFC há diversos desafios: as insuficiências de seus referenciais; o Tratado de Medicina de Família e Comunidade que não atende às demandas raciais; a PNSIPN que não se aproxima da prática de cuidado em saúde do profissional médico; a Carteira de Serviços da APS carioca sem iniciativas de gestão expressivas na superação do racismo; sociedades científicas, como ABRASCO e SBMFC, com pouca inserção na pauta racial.

Abaixo, é apresentado o Quadro 4 com um compilado dos documentos legislativos para a saúde da população negra que foram analisados neste trabalho.

Quadro 4 – Documentos legislativos para a Saúde da População Negra

Documento	Título	Descrição
Constituição Federal de 1988		Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: XLII - a prática do racismo constitui crime inafiançável e imprescritível, sujeito à pena de reclusão, nos termos da lei (BRASIL, 1988).
Constituição Federal de 1988		Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).
Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 - Ministério da Saúde	Recorte racial em toda pesquisa envolvendo seres humanos.	VI - PROTOCOLO DE PESQUISA VI.3 - informações relativas ao sujeito da pesquisa: a) descrever as características da população a estudar: tamanho, faixa etária, sexo, cor (classificação do IBGE), estado geral de saúde, classes e grupos sociais, etc. Expor as razões para a utilização de grupos vulneráveis (BRASIL, 1996a).
Portaria nº 3.947, de 25 de novembro de 1998	Atributos comuns a serem adotados, obrigatoriamente, por todos os sistemas e bases de dados do Ministério da Saúde.	Parágrafo único. São dados complementares para o reconhecimento do indivíduo assistido nos sistemas de informação que assim o requererem: I - Raça/cor, de acordo com os atributos adotados pelo IBGE (BRASIL, 1998).
Portaria nº 951, de 10 de maio de 1996	Programa de Anemia Falciforme	Objetiva garantia da informação e da qualificação dos profissionais que atendem a essa população, possibilitando a compreensão das dimensões técnicas, sociais, étnicas e éticas envolvidas no processo de estabilidade e evolução da doença (BRASIL, 1996b).

Continua

Quadro 4 – Documentos legislativos para a Saúde da População Negra

Portaria Nº 822, de 06 de junho de 2001	Programa de Triagem Neonatal Inclusão da Doença Falciforme	Programa Nacional de Triagem Neonatal se ocupará da triagem com detecção dos casos suspeitos, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos casos identificados nas seguintes doenças congênitas, de acordo com a respectiva Fase de Implantação do Programa: - Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias (BRASIL, 2001b).
Termo de Compromisso MS/SEPPIR nº 1/2003, cujo extrato foi publicado no Diário Oficial da União de 11 de dezembro de 2003;		Reconhecimento do Ministério da Saúde de necessidades específicas da população negra (BRASIL, 2004c).
Sem identificação legislativa	Programa Brasil Quilombola 2004	Visa agrupar políticas que, mesmo universais, sejam especificamente destinadas às comunidades quilombolas e de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2013d).
Portaria nº 2.607 em 10 de dezembro de 2004	Plano Nacional de Saúde - Um pacto pela Saúde no Brasil	Diretrizes para promoção da equidade na atenção à saúde da população negra, com destaque para pessoa com anemia falciforme (BRASIL, 2004a).
Portaria nº 1.018, de 1º de julho de 2005	Programa Nacional de Atenção Integral as Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.	Visa capacitação profissional de forma multidisciplinar com vistas ao enfrentamento do racismo institucional e do desconhecimento da doença (BRASIL, 2005).
Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	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 (BRASIL, 2009a).
Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017	Preenchimento do quesito raça/cor nos sistemas de informações de saúde	Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde (BRASIL, 2017b).
Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017	Políticas de Promoção de Equidade	Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, que entre outras atribuições, estabelece a PNSIPN e o CTSPN como política e instância de assessoramento do SUS (BRASIL, 2017d).

Fonte: Elaboração própria, 2021.

8 CONCLUSÃO

Como já apresentado a revisão documental dos principais referenciais teóricos da MFC e da Saúde Coletiva brasileira demonstraram insuficiência na orientação, à prática de cuidado, que desempenhe um papel de promoção antirracista por gestores e profissionais de MFC. Reforça-se a isso a frágil ou quase inexistente priorização do tema ao longo das últimas gestões do município do Rio de Janeiro.

Deste modo, se faz fundamental a proposição de iniciativas de qualificação dos profissionais da MFC, de modo participativo, a fim de ampliar o diálogo também com os demais atores responsáveis pelo processo de cuidado na APS. Para tanto, como dito anteriormente há uma aposta, que o espaço da consulta é o *locus* privilegiado para sugerir proposições de superação do racismo na prática em saúde.

Pode-se sugerir, para a elaboração dessas iniciativas que haja a valorização das cinco dimensões do cuidado apresentadas no Capítulo 4, por Luis Carlos Cecílio (2011), em razão da compreensão de que o cuidado em saúde da população negra é atravessado por diversos fatores que determinam o processo saúde-doença, seja biológico, econômico, social, biográfico. Deste modo, podemos afirmar que o cuidado antirracista na APS não se restringe a uma dimensão exclusivamente técnica, e sim uma a uma dimensão técnico-política. Mas, afinal, como avançar nesse cuidado contribuindo ao menos para diminuição das desigualdades raciais?

Acredita-se que se faz urgente o reconhecimento da presença do racismo estrutural, seja nas relações interpessoais, como nos serviços da APS no município do Rio de Janeiro. É parte fundamental da Educação Permanente nos serviços de saúde o desenvolvimento de ações e reflexões de problemas reais do ambiente de trabalho e, através disso, proporcionar novos planos à prática assistencial (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017). Considera-se que as discussões sobre racismo devem ser incorporadas em todas as iniciativas de Educação Permanente, as quais devem trazer evidências teóricas e práticas que ampliem a percepção e a sensibilidade dos profissionais sobre as iniquidades raciais na MFC da APS do município do Rio de Janeiro.

Diante disso, vale destacar que considerar o perfil racial do território, através dos sistemas de informação de saúde que possuem o preenchimento do quesito raça/cor (BRASIL, 2017b), pode levar a um avanço sobre a compreensão do funcionamento do processo de trabalho da MFC de acordo com seu território desagregado por raça/cor. Uma sugestão possível seria considerar a compreensão da demanda dos usuários a partir do acolhimento instituído nas Clínicas de Família como recurso a fim de validar a reflexão sobre a demanda e a necessidade terapêutica que supere o racismo (GUERRERO *et al.*, 2013).

Um exemplo disso é a queixa de mulheres negras quanto ao quadro de dor inespecífica — não raramente psicossomática — decorrente das cobranças internas e externas para atenderem todas as expectativas, em razão das quais elas precisam representar a figura materna forte e responsável pelo lar, além de trabalhar profissionalmente em serviços domésticos (PINHEIRO *et al.*, 2019), função essa majoritariamente exercida por mulheres negras desde o Brasil Colônia, muitas vezes sem direitos trabalhistas garantidos, configurando uma relação de servidão intensa, que é aceita por medo de perder a única fonte de renda, situação que se deve a uma perspectiva restrita de suas vidas nessa sociedade. Como consequência, observa-se implicações físicas e mentais sobre essas mulheres, que precisam ser acolhidas e cuidadas de maneira integral, de modo que se possa perceber a presença do racismo estrutural a ser combatido (PINHEIRO *et al.*, 2019). Atravessados, ora por dimensões sociais, ora por dimensões biológicas, que se implicam entre si, tal exemplo busca demonstrar a necessidade de repertório histórico para uma prática de cuidado que supere o racismo.

Portanto, podemos concluir que tão importante quanto se ter processos formativos que comprometam a qualificação antirracista das práticas da MFC no município do Rio de Janeiro, é essencial a também inclusão da temática racial no Tratado de Medicina de Família e Comunidade, nas matrizes de competências da residência de MFC e na Carteira de Serviços da APS do município do Rio de Janeiro.

Espera-se que esta pesquisa gere reflexões de superação do objeto aqui apresentado, permitindo inclusive novos referenciais teóricos - práticos que avancem para o campo da MFC. Partimos da afirmação de que esta pesquisa não é plenamente conclusiva pela própria natureza constitutiva complexa do tema, o que demanda incursões empíricas do campo.

No que se refere a gestão esta pesquisa conseguiu identificar a necessidade do protagonismo instituindo a criação de uma área técnica de saúde da população negra, do fortalecimento do CTSPN e de iniciativas de gestão que sejam expressivas na APS para o enfrentamento ao racismo institucional, por meio de materiais instrutivos, qualificação profissional e monitoramento das ações implementadas para aprimoramento do serviço ofertado.

Por fim, há ainda o desafio de lidar quando reconhecemos o campo da MFC como o mais flexível a incorporação de novas práticas e contra - hegemônico do ponto de vista do complexo médico - industrial sob um paradoxo de que esses mesmos profissionais necessitam também reconhecer o racismo estrutural que os atravessa, seja de uma dimensão individual ou de uma dimensão coletiva.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. **Sobre a Abrasco**. Brasília: Associação Brasileira de Saúde Coletiva [on-line]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/sobreabrasco/>. Acesso em: 05 out. 2021.
- AMORIM, C. C. **População Negra no SUS: por que debater?** Revista Construção, 2018. Disponível em: <http://revistaconstrucao.org/saude-publica/populacao-negra-e-saude-por-que-debater/>. Acesso em: 15 ago. 2020.
- ARAÚJO, M. V. R. **O movimento negro e a política nacional de saúde integral da população negra: heterogeneidade e convergências**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.
- ATLAS BRASIL. **Rio de Janeiro, R.J.** Rio de Janeiro: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2020. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/perfil/municipio/330455%23sec-habitacao&source=gmail&ust=1620694648655000&usg=AFQjCNGJNCIZNcekI-xmk90zyWyJcQXAFw>. Acesso em: 27 fev. 2021.
- BATISTA, L. E. **GT Racismo e Saúde**. Brasília: ABRASCO, 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtracismoesaude/>. Acesso em: 05 out. 2021.
- BATISTA, L. E; KALCKMANN, S. (orgs.). **Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005.
- BISPO, D. M. S. Centenário da Abolição. *In*: IV Congresso Sergipano de História & IV Encontro Estadual de História da ANPUH/SE. **O Cinquentenário do Golpe de 64**. Sergipe: Instituto Histórico e Geográfico de Sergipe, 2014.
- BORGES, L. **Com negação do racismo, governo se abstém da obrigação de garantir direitos fundamentais à população negra**. Terra de Direitos, 2020. Disponível em: <https://www.terradedireitos.org.br/noticias/noticias/com-negacao-do-racismo-governo-se-abstem-da-obrigacao-de-garantir-direitos-fundamentais-a-populacao-negra/23413>. Acesso em: 27 fev. 2021.
- BRAH, Avtar. **Diferença, diversidade, diferenciação**. Cad. Pagu, n. 26, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/B33FqnvYyTPDGwK8SxCPmhy/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 05 out. 2021.
- BRASIL. Governo Federal. Paulo Roberto assume a Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. *In*: **Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos**, gov.br, 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/janeiro/paulo-roberto-assume-a-secretaria-nacional-de-politicas-de-promocao-da-igualdade-racial>. Acesso em: 05 out. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 004, de 30 de março de 2021. Recomenda ações relativas aos cuidados à saúde das populações vulnerabilizadas no contexto da pandemia da Covid-19**. Brasília, 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tuberculose -casos confirmados notificados no sistema de informação de agravos de notificação**. Rio de Janeiro: Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS, 2020a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/tubercrj.def>. Acesso em: 05 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de HIV e Aids**. 2020b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/media/pdf/2020/dezembro/01/boletim-hiv_aids-2020-internet.pdf. Acesso: 05 de out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**, 2020c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/media/pdf/2020/outubro/29/BoletimSfilis2020especial.pdf>. . Acesso em: 05 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis - DCCI. **Indicadores e Dados Básicos da Sífilis nos Municípios Brasileiros**, 2020d. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>. Acesso: 05 de out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3. ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017b. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html. Acesso em: 24 abr. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 16, de 30 de março de 2017. Dispõe sobre o III Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 64 ed., seção: 1, p. 81, Brasília, 2017c. Disponível em: www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20139405/do1-2017-04-03-resolucao-n-16-de-30-de-marco-de-2017-20139339. Acesso em: 03 de maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 2. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017d. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 24 abr. 2021

BRASIL. Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017f. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 24 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial** - República Federativa do Brasil, Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.629, de 27 de novembro de 2014. Redefine o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) no âmbito do Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2014a. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2629_27_11_2014.html. Acesso em: 24 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite Resolução nº 2, de 2 de setembro de 2014. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2013-2015) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2014b. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2014/res0002_02_09_2014.html. Acesso em: 03 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 2. ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial** - República Federativa do Brasil, Brasília, 2013b.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Secretaria de Políticas para Comunidades Tradicionais. **Guia de Políticas Públicas para Comunidades Quilombolas**. Programa Brasil Quilombola, Brasília, 2013c. Disponível em:

<https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/igualdade-racial/guia-de-politicas-publicas-para-comunidades-quilombolas>. Acesso em: 27 fev. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Programa Brasil Quilombola**. Brasília: Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, 2013d. Disponível em:

<https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/igualdade-racial/guia-de-politicas-publicas-para-comunidades-quilombolas>. Acesso em: 27 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o

Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Acesso em: 03 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Acesso em: 03 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Plano Operativo. Brasília, 2008. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/sobre/a-secretaria/subsecretaria-de-articulacao-institucional-e-acoes-tematicas/coordenacao-geral-de-programas-e-acoes-de-saude/acoes-de-saude/politica-nacional-saude-integral-populacao-negra1.pdf>. Acesso em: 03 de maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. (Revogada pela PRt GM/MS nº 2.488 de 21.10.2011). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html. Acesso em: 03 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Série Pactos pela Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, v. 4. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.018, de 1º de julho de 2005. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Integral as Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS - Um Pacto pela Saúde no Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2004a. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/marg/portar/2004/portaria-2607-10-dezembro-2004-535526-norma-ms.html>. Acesso em: 03 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **12.ª Conferência Nacional de Saúde**: Conferência Sergio Arouca. (7 a 11 de dezembro de 2003). Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.632, de 15 de dezembro de 2004. Aprova o Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2004c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2632_15_12_2004.html. Acesso em: 03 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.607 em 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2004d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/GM_2607.pdf. Acesso em: 03 out. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.678, de 23 de maio de 2003. Cria a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, da Presidência da República, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.678.htm. Acesso em: 27 fev. 2021.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 822, de 06 de junho de 2001. Inclusão da doença falciforme no programa de triagem neonatal. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.947, de 25 de novembro de 1998. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1998. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_3947_atributos_com_uns.pdf. Acesso em: 07 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1996a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html. Acesso em: 07 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 951 de 10 de maio de 1996. Institui grupo de trabalho com a finalidade de elaborar o Programa Nacional de Anemia Falciforme. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília – DF: Editora do Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

CAMPOS, C. E. A. **Centros municipais de saúde do Rio de Janeiro. Reconstrução da trajetória de uma organização sanitária: 1927-1997**. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-16042010-091406/pt-br.php>. Acesso em: 16 jan. 2021.

CAMPOS, C. E. A.; COHN, A.; BRANDÃO, A. L. **Trajetória histórica da organização sanitária da cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015.** Ciênc. saúde colet. V. 21, n. 5, 2016. Disponível em: https://scielosp.org/article/csc/2016.v21n5/1351-1364/pt/?abstract_lang=en. Acesso em: 15 ago. 2020.

CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R.; SILVA, K. L. **Educação permanente nos serviços de saúde.** Esc. Anna Nery, v.21, n.4, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0317.pdf. Acesso em: 27 mar. 2021.

CAMPOS, L. A. **Racismo em três dimensões: uma abordagem realista-crítica.** Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 32, n. 95, 2017.

CARVALHO, P. Trechos do relatório preliminar da 12ª conferência nacional de saúde: aspectos relacionados à população negra. In: **Seminário Nacional de Saúde da População Negra**, Caderno de textos básicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAVALCANTE, J. R.; ABREU, A. J. L. **COVID-19 no município do Rio de Janeiro: análise espacial da ocorrência dos primeiros casos e óbitos confirmados.** Brasília: Epidemiol. Serv. Saúde, vol. 29, n. 3, 2020.

CAVALLIERI, F.; LOPES, G. P. **Índice de Desenvolvimento Social - IDS: comparando as realidades microurbanas da cidade do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos. 2008. Disponível em: http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudoscariocas/download/2394_%C3%8Dndice%20de%20Desenvolvimento%20Social_IDS.pdf. Acesso em: 27 mar. 2021.

CECÍLIO, L. C. O. **Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde.** Botucatu: Interface, v. 15, n. 37, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a21v15n37.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2021.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, Jean *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.** Petrópolis: Vozes, 2008.

CHAGAS, I.; MORAES, I. **Ministérios do governo Bolsonaro: saiba o que mudou!** Politize, 2019. Disponível em: <https://www.politize.com.br/ministerios-do-governo-federal-2/>. Acesso em: 16 jan. 2021.

CORRÊA, D. S. R. C. *et al.* **Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde.** Rio de Janeiro: Ciênc. Saúde Coletiva, v. 24, n. 6, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602031&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 abr. 2021.

CORREA, R. R. *et al.* **Hipertensão arterial na etnia negra: uma revisão da terapia medicamentosa arterial.** Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR. v.27, n.1, 2019. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190607_200307.pdf. Acesso em: 16 jan. 2021.

CRESWEEL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRUZ, I.; MIRANDA, M.; SILVA, L. **População Negra na Atenção Primária à Saúde do(a) Carioca**. Congresso Carioca de Atenção Primária à Saúde. Boletim Nepae-Nesen, 2017. Disponível em: <http://www.jsncare.uff.br/index.php/bnn/article/view/3030/749>. Acesso em: 19 set. 2020.

CRUZ, P. S. G. **De Marielle Franco a Cleonice Gonçalves e Miguel: a interseccionalidade como ferramenta analítica na elaboração de políticas públicas efetivas**. Campinas: FE PUBLICA - Unicamp, 2021.

EUROPE, W. **The European definition of general practice/family medicine**. Edition. Ljubljana: WONCA Europe, 2011. Disponível em: <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>. Acesso em: 09 jan. 2021.

FERNANDES, L.; ORTEGA, F. **A Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19**. Rio de Janeiro: Physis: Revista de Saúde Coletiva, vol. 30, n. 03, 2020.

FERREIRA, L.; MARTINS, F. B. **Uma década após criação, apenas 28% dos municípios brasileiros implantaram Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. GêneroNúmero.Media, 2019. Disponível em: <http://www.generonumero.media/10-anos-politica-saude-populacao-negra/>. Acesso em: 15 ago. 2020.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAÚJO, M. **Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde**. Rio de Janeiro: Saúde debate, vol. 41, n. 112, 2017.

GUERRERO, P. *et al.* **O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde**. Florianópolis: Texto Contexto - Enferm. v. 22, n. 1, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2021.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (orgs.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. 1.ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (orgs.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

IBGE. **Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101760>. Acesso em: 16 jan. 2021.

IBGE. **Informação Demográfica e Socioeconômica**, v. 12, n. 81, Complemento 2, Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101681>. Acesso em: 15 ago. 2020.

- IBGE. **Pesquisa de Informações Básicas Municipais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/10586-pesquisa-de-informacoes-basicas-municipais.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 27 fev. 2021.
- IBGE. **Censo Demográfico 2010**: características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 19 set. 2020.
- IPEA. **Atlas da violência**. Relatório Institucional. Brasília: Ipea, 2020.
- ISP. **Grupos Vulneráveis**. Rio de Janeiro: ISP Dados Abertos. 2020. Disponível em: <http://www.ispvisualizacao.rj.gov.br/grupos.html>. Acesso em: 12 set. 2021.
- LANCETTI. A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- LIMA, A.L.S. *et al.* Covid-19 nas favelas: cartografia das desigualdades. In: MATTA, G.C. *et al.* **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil**: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021.
- LIMA, D. M. C. **Estratégia Saúde da Família na cidade do RJ**: desafios da atenção primária numa grande cidade. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24463/1/ve_Danielle_Moreira_ENSP_2014. Acesso em: 30 jan. 2021.
- LOPES, A. C. B. *et al.* **A importância da inserção de profissionais de saúde no Comitê Técnico de Saúde da População Negra**. Rio de Janeiro: Revista do Cfch – Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2018, Disponível em: <http://revista.cfch.ufrj.br/images/edicao-siac2018/57.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2021.
- LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: **I Seminário Saúde da População Negra 2004**. Brasília: Caderno de Textos Básicos do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, 2004. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sec_saude_sp_saudepopnegra.pdf. Acesso em: 27 fev. 2021.
- LÓPEZ, L. C. **O conceito de racismo institucional**: aplicações no campo da saúde. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.16, n.40, 2012.
- MBEMBE, A. **Necropolítica**. Rio de Janeiro: Arte & Ensaios, n. 32, 2016.
- MBEMBE, A. **Crítica a Razão Negra**. Trad. de Marta Lança. 2. ed. Lisboa: Antígona, 2013.
- MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; TEXEIRA, M. **A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil**. Ciênc. saúde coletiva, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DvfHFsvqYzXN4bPX9HbsBxj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2020.
- MENDES, E. V. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1993.

MILANEZI, J. **A institucionalização da saúde da população negra no SUS**. Nexo Políticas Públicas, 2020. Disponível em: <https://pp.nexojournal.com.br/linha-do-tempo/2020/A-institucionaliza%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-da-popula%C3%A7%C3%A3o-negra-no-SUS>. Acesso em: 15 ago. 2020.

MILANEZI, J. **Silêncios e confrontos: a saúde da população negra em burocracias do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Tese (Doutorado em Sociologia e Antropologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

MUNANGA, K. **Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia**. Palestra proferida no 3º Seminário Nacional Relações Raciais e Educação-PENESB-RJ. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2014/04/Uma-abordagem-conceitual-das-nocoes-de-raca-racismo-dentidade-e-etnia.pdf>. Acesso em: 10 out. 2021.

MUNANGA, K. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil: identidade nacional versus identidade negra**. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

NICHOLAS, M. K. *et al.* **Early identification and management of psychological risk factors ("yellow flags") in patients with low back pain: a reappraisal**. V. 91, n. 5, 2011.

OLIVEIRA, R. G. **Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua**. Saúde soc., v. 27, n. 1, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Jk43cn6rHKzGFNzYSnTHsKL/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 19 set. 2020.

OTICS. **Conheça a Superintendência de Promoção da Saúde** [on-line]. Disponível em: <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/versus/rio-saude-presente/subpav/promocao-da-saude/promocao-da-saude>. Acesso em: 27 mar. 2021.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. Rio de Janeiro: Hist. cienc. Saúde, v. 21, n. 1, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015. Acesso em: 19 set. 2020.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. **Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde**. Botucatu: Interface, v. 22, 2018.

PINHEIRO, L. *et al.* **Os desafios do passado no trabalho doméstico do século XXI: reflexões para o caso brasileiro a partir dos dados da PNAD contínua**. Rio de Janeiro: IPEA, 2019. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2528.pdf. Acesso em: 30 jan. 2021.

PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (orgs.) **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed., Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

RAMOS, V. **A consulta em 7 passos: execução e análise crítica de consultas em Medicina Geral e Familiar**. Rev. Port. Clin. Geral, v. 25, 2009. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10609>. Acesso em: 30 jan. 2021.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária:** diretrizes para a abrangência do cuidado. 3. ed., Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2021a.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Comitê Técnico de Saúde da População Negra – CTSPN. **Por uma área técnica de saúde da população negra no município do RJ.** Change.org, 2021b. Disponível em: https://www.change.org/p/ao-prefeito-vereadores-eleitores-rj-2021-2024-%C3%A0-popula%C3%A7%C3%A3o-da-cidade-do-rio-de-janeiro-por-uma-%C3%A1rea-t%C3%A9cnica-de-sa%C3%BAde-da-popula%C3%A7%C3%A3o-negra-no-munic%C3%ADpio-do-rio-de-janeiro?utm_content=cl_sharecopy_24993997_pt-BR%3A4&recruiter=1152378900&utm_source=share_petition&utm_medium=copylink&utm_campaign=share_petition&utm_term=botaoSAP. Acesso em: 05 out. 2021.

RIO DE JANEIRO (Município). Câmara Municipal do Rio de Janeiro. Projeto de Lei nº 873 de 2021. Institui o Programa Municipal de Saúde Integral para a população negra e dá outras providências. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**, 2021c.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **AIDS em indivíduos com 13 anos e mais.** Rio de Janeiro: Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS, 2020a. Disponível em: <http://tabnet.rio.rj.gov.br/cgi-bin/dh?sinan/definicoes/aidsa2007.def>. Acesso em: 13 out. 2021.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Comitê Técnico de Saúde da População Negra – CTSPN. **Reunião online do Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Município do Rio de Janeiro (22 de julho de 2020).** Relatório CTSPN/MRJ, 2020b. Disponível em: <https://docs.google.com/document/d/12z887go4ojALaLBokjGVBPL7SACTRKAHsdWsMOJhgJk/edit#>. Acesso em: 13 out. 2021.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Comitê Técnico de Saúde da População Negra – CTSPN. **Reunião online do Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Município do Rio de Janeiro (26 de agosto de 2020).** Relatório CTSPN/MRJ, 2020c. Disponível em: <https://docs.google.com/document/d/1bA-Mg-VB4oJ3A7L8LYiWWdg2ociseB3Zda3gCP1FHTk/edit>. Acesso em: 13 out. 2021.

RIO DE JANEIRO (Município). **Reunião mensal do comitê técnico de saúde da população negra do município do Rio de Janeiro- CTSPN/RJ.** Rio de Janeiro: Histórico CTSPN, 2019. Disponível em: https://docs.google.com/document/d/1TRn7rf8NAtKv1xTG9ANAZGL_0bc7Kr7nrUfxEaTBb9M/edit. Acesso em: 26 out. 2021.

RIO DE JANEIRO (Município). **Saúde da população negra na cidade do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: Histórico CTSPN, 2018. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/163Mdc6AjXEuPH4aQrJQEak_PTIGORxiY/view. Acesso em: 13 fev. 2021.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses – SUBVISA. Coordenação de Vigilância em Saúde do Trabalhador – CST. **Mapeamento das atividades produtivas e da população trabalhadora do município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/2e652a52-c1a3-4de3-a2bd-e80eefc0280a#:~:text=Este%20mapeamento%20levar%20em%20considera%C3%A7%C3%A3o,econ%C3%B4micas%20existentes%20em%20cada%20regi%C3%A3o.> Acesso em: 13 fev. 2021.

RIO DE JANEIRO (Município). **Carteira de Serviços**: relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: Comunicação e Educação em Saúde - SMS/RJ PCRJ, 2016. Disponível em: http://www.subpav.org/download/impessos/SMSDCRJ_carteira_de_servicos_Vprofissionais.pdf. Acesso em: 13 fev. 2021.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – PMS 2014-2017**. Rio de Janeiro: SMS, 2013. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf. Acesso em: 13 fev. 2021.

RIO DE JANEIRO (Município). Atos do Secretário. Resolução SMS nº 1368 de 25 de julho de 2008. Regimento do comitê técnico de saúde da população negra. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**, nº 87, 2008. Disponível em: <https://docs.google.com/document/d/1KxhIoEmOI90EXeKM0ReRmrCZOkuLZjHe/edit> Acesso em: 26 out. 2021

RIO DE JANEIRO (Município). Atos do Secretário. Resolução nº 1298 de 10 de setembro de 2007. Criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) do Município Rio de Janeiro. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**, nº 124, 2007.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Linha de Cuidado da Doença Falciforme. **Doença Falciforme na perspectiva da atenção básica**: uma agenda da superintendência de atenção básica no estado do RJ [online]. Disponível em: <https://saude.rj.gov.br/atencao-primaria-a-saude/politicas-programas-e-estrategias/linha-de-cuidado-da-doenca-falciforme>. Acesso em: 13 out. 2021.

SALVADOR (Município). Gabinete do Prefeito. Decreto n. 24.792 de 14 de fevereiro de 2014. Aprova o plano municipal de políticas de promoção de igualdade racial. **Diário Oficial do Município**, 2014. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/ba/s/salvador/decreto/2014/2480/24792/decreto-n-24792-2014-aprova-o-plano-municipal-de-politicas-de-promocao-de-igualdade-racial?q=+22DECRETO+N%C2%BA+24.792>. Acesso em: 27 mar. 2021.

SANAR MED. **Medicina de Família e Comunidade**: fundamentos e estratégias [on-line]. 2019. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/fundamentos-e-estrategias-da-medicina-de-familia-e-comunidade>. Acesso em: 15 out. 2021.

SANTOS, D. J. S. *et al.* **Raça versus etnia**: diferenciar para melhor aplicar. Dental Press Journal of Orthodontics, v. 15, n. 3, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2176-94512010000300015>. Acesso: 27 jun. 2021.

SANTOS, H. L. P. C. *et al.* **Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica.** Ciênc. saúde coletiva, 2020.

SANTOS, K. R. C.; SOUZA E. P. (orgs.). **SEPPIR: Promovendo a igualdade racial. Para um Brasil sem racismo.** 1. ed. Brasília: Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR)2016.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção à Saúde. **Ações para enfrentamento dos principais agravos em saúde da População Negra na Atenção Básica segundo Boletim Raça/Cor.** São Paulo: 2020. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/POPULACAO_NEGRA_ENFRENTAMENTO_DOS_PRINCIPAIS_AGRAVOS_EM_SAUDE_DA_POPULACAO_NEGRA_9_10_2020.pdf. Acesso em: 13 fev. 2021.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Coordenadoria da Atenção Básica –CAB,** 2017. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=1936. Acesso em: 19 set. 2020

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas.** Revista Brasileira de História & Ciências Sociais, v. 1, n. 1, 2009. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351>. Acesso em: 30 jan. 2021.

SBMFC. **Estatuto da sociedade brasileira de Medicina de Família e Comunidade.** Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Estatuto-SBMFC.pdf>. Acesso em: 03 out. 2021.

SBMFC. **Grupo de Trabalho em Saúde da População Negra.** Curitiba, 2017. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/grupo-de-trabalho-de-saude-da-populacao-negra/>. Acesso em: 03 out. 2021.

SCHUCMAN, L. V. **Entre o "encardido" o "branco" e o "branquíssimo": raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana.** Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SILVA, F. P. S.; MARQUES, B.; URBINATI, I. P. C. **Verbetes CRIVELLA, Marcelo.** In: Dicionário Histórico Biográfico Brasileiro, CPDOC/FGV, 2017.

SILVA, M. F. **Percepção de mulheres negras do racismo institucional na linha de cuidado materno infantil.** Rio de Janeiro: Revista Saúde em Foco, 2020.

SILVA, M. F.; SOUZA, P. G. A. Luta, resistência e transformação na medicina: um quilombo chamado NegreX. In: CANAVESE, D. *et al.* (Orgs.) **Equidade étnicorracial no SUS: pesquisas, reflexões e ações em saúde da população negra e dos povos indígenas.** 1.ed., Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018.

SILVA, T. D. **O Estatuto da Igualdade Racial**: texto para discussão. Rio de Janeiro: IPEA. 2012.

SILVERIO, V. R. **Raça e racismo na virada do milênio**: os novos contornos da racialização. 1999. Tese (Doutorado em Sociologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 1999. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/280036/1/Silverio_ValterRoberto_D.pdf. Acesso em: 09 jan. 2021.

SIMÕES, N. **Por que 20 de novembro é o dia da Consciência Negra?** Alma Preta, 2019. Disponível em: <https://almapreta.com/sessao/cotidiano/por-que-20-de-novembro-e-o-dia-da-consciencia-negra>. Acesso em: 09 jan. 2021.

SIQUEIRA, S. A. V.; HOLLANDA, E.; MOTTA, J. I. J. **Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis**: o papel do Ministério da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017.

SNU. **Subsídios para o debate sobre a política nacional de saúde da população negra: Uma questão de equidade**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saudepopnegra.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2021.

SORANZ, D.; PISCO, L. A. C. **Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro**: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem, desafios. Rio de Janeiro: *Ciência e Saúde Coletiva*, v.22, n.3, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cQm6vch8PbDMXxBphCPbtVc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 fev. 2021.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. **Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, 2016.

STEWART, M. *et al.* **Medicina centrada na pessoa**: transformando o método clínico. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

TELESSAÚDE SERGIPE. **Quando foi iniciada a Estratégia de Saúde da Família no Brasil?** BVS Atenção Primária em Saúde. Núcleo de Telessaúde SE, Funesa. 2015. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/quando-foi-iniciada-a-estrategia-de-saude-da-familia-no-brasil/>. Acesso em: 15 ago. 2020.

TORRES, L. **RJ chega a 100 dias desde o 1º caso de Covid, e isolamento é relaxado durante avanço da doença**. Rio de Janeiro: g1, 2020.

TRINDADE, T. G. (org.). **Matriz de competências em medicina de família e comunidade**. 2019. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=119641-11-matriz-de-competencias-em-medicina-familia-e-comunidade&category_slug=agosto-2019-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 30 jan. 2021.

TRINDADE, T. G (org.). **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade**. 2015. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/wp->

[content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](#). Acesso em: 30 jan. 2021.

WERNECK, J. Branquitude: racismo e antirracismo. In: REGINA, T. **"O racismo tem que ser um problema pessoal de todos", diz Jurema Werneck**. São Paulo: Ecoa UOL, 2020.

WERNECK, J. **Racismo institucional e saúde da população negra**. São Paulo: Saúde Soc., v.25, n.3, 2016.

WERNECK, J. **Racismo Institucional: uma abordagem conceitual**. [S.l]: Geledés – Instituto da Mulher Negra, 2013.