



RELAÇÕES ENTRE RACISMO INSTITUCIONAL E SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA: ESTUDO COM E ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

RELATIONS BETWEEN INSTITUTIONAL RACISM AND COMPREHENSIVE HEALTH OF THE BLACK POPULATION: A STUDY WITH THE FAMILY HEALTH STRATEGY

Larayne Gallo Farias Oliveira ¹
Milena Cláudia Magalhães Santos Guidio ²

Manuscrito recebido em: 05 de outubro de 2022.

Aprovado em: 28 de dezembro de 2022.

Publicado em: 30 de dezembro de 2022.

Resumo

Objetivo: Avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre Saúde Integral da População Negra e Racismo Institucional nas unidades de saúde do município de Coaraci, no estado da Bahia. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório, por método misto, realizado com 53 profissionais de saúde das Estratégias de Saúde da Família (ESF). A análise dos dados foi realizada pelo Programa Estatístico SPSS®, com a utilização do software Iramuteq®, associado à Análise de Conteúdo de Bardin. O desfecho avaliado relaciona-se ao conhecimento, crença e comportamento dos profissionais que atuam na ESF acerca dos elementos que definem o racismo institucional e o seu conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). **Resultados:** O estudo avalia que ainda há, entre os entrevistados, um desconhecimento referente ao racismo institucional. **Conclusão:** A partir dos discursos, percebe-se que a não implementação efetiva de programas para concretizar a PNSIPN compromete o acesso da população negra aos serviços de saúde e diminui as possibilidades de diálogo.

Palavras-chave: Saúde da População Negra; Racismo; Políticas de Saúde.

Abstract

Objective: To assess the knowledge of health professionals on the Comprehensive Health of the Black Population and Institutional Racism in health units in the municipality of Coaraci, in the state of Bahia. **Method:** This is an exploratory study, using a mixed method, carried out with 53 health professionals from the Family Health Strategies (ESF). Data analysis was performed using the SPSS® Statistical Program, using the Iramuteq® software, associated with Bardin's Content Analysis. The assessed outcome is related to the knowledge, belief and behavior of professionals working in the FHS about the elements that define institutional racism and their knowledge of the National Policy for the Comprehensive Health of the Black Population (PNSIPN). **Results:** The study assesses that there is still, among the interviewees, a lack of knowledge regarding institutional racism. **Conclusion:** From the speeches, it can be seen that the non-effective implementation of programs to implement the PNSIPN compromises the black population's access to health services and reduces the possibilities for dialogue.

¹ Doutoranda em Ciências pela Universidade de São Paulo. Mestra em Ensino e Relações Étnico Raciais pela Universidade Federal do Sul da Bahia e em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz. Integrante do Grupo Interdisciplinar de pesquisa em Fisiologia e Comportamento e do Grupo Modelos Tecno-Assistenciais e a Promoção da Saúde.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0031-3846> E-mail: larayne@usp.br

² Doutora em Teoria da Literatura pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Docente no Programa de Pós-graduação em Ensino e Relações Étnico-Raciais da Universidade Federal do Sul da Bahia. Líder do Grupo de Pesquisa em Poética Brasileira Contemporânea.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3308-6544> E-mail: milenaufsb@ufsb.br



Keywords: Health of the Black Population; Racism; Health policies.

INTRODUÇÃO

Segundo estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a maioria da população brasileira é composta por negros, com 50,7% da população que se auto identifica como negra (IBGE, 2010). De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) da mesma instituição, 56,20% da população brasileira se auto identifica que se autodeclara preta ou parda (IBGE, 2020).

Passada uma década, os negros e pardos ainda constituem a maioria da população brasileira e são os principais beneficiários do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem entre seus princípios norteadores a universalidade, a igualdade e a integralidade como os pilares do sistema (Brasil, 1990).

No entanto, sabe-se que a população negra sofre discriminação e violação de seus direitos à saúde em decorrência de práticas sociais consideradas inaceitáveis pelo racismo institucional. Este último ponto é entendido neste estudo de acordo com a teoria de Ribeiro (2019), que afirma tratar-se de um sistema de opressão que nega direitos e não de um ato direto de violação pessoal. A autora afirma que o racismo institucional promove condições desfavoráveis que colocam as pessoas de cor em posições de alienação psicológica, exclusão social, desvantagem econômica e desvalorização cultural.

Na área de saúde, o racismo que ocorre nas relações de cuidado com o paciente pode produzir desleixo, indiferença, violências físicas e simbólicas, gerando atendimento inadequado e, conseqüentemente, diagnóstico, tratamento impróprio ou nenhum acolhimento. Essa negligência às vezes se estende às recomendações técnicas reguladoras dos protocolos da prestação de serviços da área de saúde.

Oliveira & Magalhães (2022) discutem que o preconceito e a discriminação ainda são prevalentes no Brasil, afetam e dificultam o acesso da população negra aos serviços de saúde. Segundo Malta, Stopa, Santos, Andrade, Oliveira, Prado & Silva (2017), esses procedimentos inconstitucionais colocam em risco a saúde da população negra porque dificultam o acesso aos serviços de saúde, colocam em risco a segurança da informação e reduzem a qualidade de seu cuidado e assistência (Brasil, 2007).



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

Por meio da PNSIPN, a equipe de saúde assume o papel de integrar as práticas tradicionais da matriz afro-brasileira à atenção à saúde do SUS, principalmente na superação do racismo institucional, que alguns autores identificaram como uma das maiores barreiras do SUS para a população negra. Esse racismo institucional se manifesta em comportamentos socialmente ansiosos que fazem com que a equipe de saúde se distancie ou se desconecte do usuário, o que é referido como "evitação" (Gomes, 2012; Santos, Moraes, Carvalho, Santos, Silva & Teixeira, 2021).

Oliveira e Magalhães (2022) destacam que há uma falha no fortalecimento de políticas de enfrentamento ao racismo e outras formas de abuso, como PNSIPN. Estas autoras defendem que é preciso buscar estratégias que tenham como foco na desconstrução do racismo e seu enfrentamento em harmonia com a busca pela universalização e igualdade do direito à saúde.

O Ministério da Saúde delibera que a PNSIPN define os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão, voltados para a melhoria das condições de saúde deste grupo populacional, com ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra (Brasil, 2007).

Este estudo foi fundamentado na reflexão sobre aspectos dos problemas decorrentes do racismo institucional e a necessidade de superá-los a partir da consideração dessas questões e da coleta de dados. Com o objetivo primordial de auxiliar os profissionais de saúde a se conscientizarem e mudarem seu comportamento no sentido de reverter esse tipo de racismo, a problematização se basearia na seguinte questão: os profissionais de saúde trabalham com práticas que humanizam as populações negras para melhor incluí-los em seus cuidados e ampliar o acesso à saúde em seu território?



Ao propor avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre Saúde Integral da População Negra e Racismo Institucional nas unidades de saúde, este trabalho busca refletir sobre as concepções e possíveis comportamentos racistas das equipes de estratégia de saúde da família, fazendo proposições acerca do acolhimento cotidiano à população negra nas Unidades de Saúde.

METODOLOGIA

A pesquisa aqui apresentada é um estudo exploratório de método misto que foi realizado em Coaraci-Bahia, município do litoral sul da Bahia com população de 19.383 habitantes e área territorial de 274,5 km² (IBGE, 2010), com profissionais de saúde das Estratégias de Saúde da Família como seu público-alvo (ESF). Os estudos exploratórios permitiram conhecer as características do fenômeno a fim de construir explicações para suas variações (causas e efeitos), permitindo maximizar nossa compreensão sobre o tema relevante (Gil, 2018; Lakatos, 2011; Köche, 2005).

A escolha deste local do estudo foi tomada porque, segundo os dados de autodeclaração do E-SUS-AB, 92,2% desta população se auto identifica como negra (E-SUS, 2021).

Dessa forma, é fundamental que as pessoas conheçam o trabalho articulado realizado pelos profissionais de saúde, pois são eles que desenvolvem estratégias para a pessoa negra e sua família, formam a opinião pública, divulgam informações sobre tendências emergentes e incentivam a promoção da saúde. O processo de seleção desses profissionais foi constituído por todos os ativos (concursados e contratados), lotados em uma das oito unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Coaraci-BA, que aceitaram participar do estudo, tendo sido excluídos os que estavam de afastamento médico ou férias e não aceitaram participar do estudo, totalizando uma amostra de 53 sujeitos.

A Secretaria Municipal de Saúde, representada pela Coordenação da Atenção Básica, atuou como intermediária na comunicação com os participantes, disponibilizando os telefones e endereços de e-mail dos profissionais de saúde. Foi feito contato telefônico prévio, e aqueles que desejaram participar do estudo receberam convite e detalhes do estudo por e-mail com prazo de 15 dias para



resposta. Após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o processo de coleta de dados foi realizado por meio de um questionário semiestruturado disponibilizado remotamente (Apêndice A) por meio do Google Forms®, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O processo de análise dos dados foi realizado por análise descritiva com avaliação das frequências, porcentagens e correlações analisados pelo Programa Estatístico SPSS®, os dados qualitativos pela utilização do software Iramuteq® associado à Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011). O desfecho avaliado relacionou-se ao conhecimento, crença e comportamento dos profissionais que atuam na ESF acerca dos elementos que definem o racismo institucional e o seu conhecimento sobre a PNSIPN. O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFSB), tendo parecer consubstanciado com CAEE: 44952621.8.0000.8467.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da amostra de 53 respondentes, 74% são do sexo feminino e 26% do sexo masculino. Tal resultado deriva de uma característica comum nas profissões de saúde, conforme explicitado por estudos (Pereira, Silva, Vieira, Quaresma, Cezareo & Silva, 2021; Oliveira & Silva, 2021; Piedade, Santos & Haddad, 2021), que afirmam que o gênero feminino se destaca por múltiplos subsídios das mulheres à sociedade em seus diversos papéis produtivos e reprodutivos e, ainda, como importantes provedoras da atenção em saúde.

Segundo Wermelinger e Machado (2010), as mulheres representam mais de 70% da força de trabalho do setor saúde, com 62% das classes profissionais no nível avançado e 74% nos níveis médio e fundamental. Essa força de trabalho merece atenção, pois as mulheres lidam com a puberdade, a dor e o sofrimento nas mais variadas manifestações ao trabalhar em profissões que necessitam de cuidados e manejo de diversas dificuldades (Matos, Fernanda, Toassi & Conceição, 2013).

Na autodeclaração da raça, 58,49% dos entrevistados se autodeclararam pardos, seguidos de 18,86% que se declararam pretos, sendo que a população negra é formada pelos que se reconhecem pretos e pardos. Em seguida, 9,43% da raça branca e 7,54% indígena (Brasil, 2010). Assim, em termos de distribuição de gênero e raça, esta amostra é principalmente feminina e parda.



Segundo estudo de 2013 do Conselho Federal de Enfermagem, 53% dos negros e 85,1% das profissionais de enfermagem estão empregados na área. No relatório da pesquisa sobre o acompanhamento dos agentes comunitários de saúde (ACS), as mulheres são a maioria dos entrevistados (92,4%), com 52,6% se declarando pardos e 18,8% pálidos. (Nogueira, Borges, Lacerda, Fonseca, Vellasques, Morel, Valsechi, Monteiro, Silva, Morosini, Barbosa, Souza Junior, Rego & Pessoa (2020). Estes dados correspondem na Medicina 54,8% de novos registros femininos, contra 45,2% masculinos (Martinez, 2017) e 50,9% de mulheres odontólogas em uma profissão tipicamente masculina que atualmente passa por um processo crescente de feminização (Oliveira, 2017).

Esses resultados, inclusive o deste estudo, são significativos em termos de representatividade, pois, para a PNSIPN, é fundamental que a população negra se sinta representada durante as consultas para que os anseios sejam amenizados e as expectativas atendidas. A probabilidade de ocorrência de problemas provocados pelo racismo é reduzida pela presença de profissionais negros e pardos e cientes do que o racismo exerce no processo saúde-doença.

Quanto às categorias profissionais dos entrevistados, a adesão foi maior entre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), representando 49,1% dos respondentes, seguidos em ordem decrescente pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, cuja percentagem é de 18,9%; enfermeiras, 13,2%; médicas, 7,5%, e odontólogas 5,7%. Desses participantes, apenas os ACS e técnicos/auxiliares de Enfermagem são do sexo masculino, todos os demais são do sexo feminino.

É importante notar que aqueles que se identificaram como indígenas são do sexo feminino. A discriminação racial no setor de saúde, incluindo disparidades na contratação quando comparadas com os tons de pele parda, preta e damasco, significa que os indígenas têm entre 26 a quase 1.500 vezes menos chances de serem empregados na área da saúde do que pessoas de outras raças (Milanezi, Gusmão, Sousa, Bertolozzi, Lotta, Fernandez, Correa, Vilela & Ayer, 2020). Por isso, devem ser, preferencialmente, moradores dos territórios e usuários das próprias unidades (Viegas, Carmo & Luz, 2015). Um estudo realizado por Lima, Silva, Carvalho, Pessoa, Brito & Braga (2015) acredita que essa categoria é subvalorizada, pois nota-se nos relatos da pesquisa que há falta de rotina, capacitação, orientação e apoio para a gestão, o que reforça a hipótese do estudo sobre a falta de conhecimento dos profissionais de saúde na ESF.



Em estudos sobre os fatores que interferem no acesso aos serviços de saúde, profissionais de saúde e usuários apontam lacunas significativas, incluindo cobertura da ESF, marcação de consultas, acolhimento, barreiras geográficas, referência e contrarreferência, falta de recursos humanos, horário reduzido de atendimento e excesso de procedimentos burocráticos (Goes & Nascimento, 2013; Dias, Rodrigues, Silva, Horta & Cargaleiro, 2010). Os determinantes que restringem o acesso aos serviços de saúde incluem diferenças de gênero e raça (Kalckmann, Santos, Batista & Cruz, 2007). Essa característica pode ser explicada pelo fato do local do estudo ser uma cidade pequena e que a demanda e oferta por atendimento médico durante o período de pandemia ter diminuído na ESF.

Quando avaliados como profissionais, 71,69% se autoavaliaram como “bom” e 28,30% como “excelente”. Uma pessoa satisfeita tem objetivos de trabalho mais condizentes com sua personalidade e, conseqüentemente, tem maiores chances de sucesso, o que a torna mais feliz na vida em geral e no trabalho em particular. Grada Kilomba (2019), uma renomada escritora decolonial, teórica, psicóloga e artista, em seu livro *Memórias da Plantação*, quando discute sobre a estética decolonial da mulher negra, destaca que a ambivalência de ter que preencher imagens empoderadoras é reflexo de imagens que podem advir de danos psicológicos do racismo cotidiano. Tal reflexão pode ser feita em relação a este estudo, uma vez que é muito difícil afirmar que essa autoavaliação seja condizente com a avaliação feita por outrem (Kilomba, 2019).

Quando indagados se temas como racismo deveriam ser tratados na área de saúde, 79,24% responderam afirmativamente e 20,75% negativamente. Sobre as justificativas destas escolhas, foram codificadas algumas expressões na nuvem de palavras da Figura 1.



Figura 1 - Nuvem de palavras sobre a discussão do tema Racismo na área de saúde, 2021.



Destas justificativas dessas escolhas emergiram treze categorias detalhadas no Quadro 1 pautadas nos discursos dos entrevistados e no referencial teórico.

Quadro 1 – Categorias referentes ao tema racismo ser trabalhado na área de saúde

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

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021)

Algumas categorias formadas têm desacordos comuns como resultado da noção equivocada de que uma população desigual pode ser igual. Esses valores veiculam as características que fundamentam as referências e modelos comportamentais presentes nos discursos, tornando-os um útil estímulo para investigar as causas a partir dos efeitos. Algumas falas apontam para características que são esperadas em relação à dissociação do racismo do locutor e associação com outros, como o entrevistado que diz: “Eu não sou racista, mas muitos outros são. É isso que faz com que as pessoas sofram. O tratamento racista deixa cicatrizes duradouras, e um profissional de saúde é chamado para cuidar e tratar esse ser humano. As pessoas não deveriam entrar em uma discussão sobre racismo declarando: “Mas eu não sou racista”, porque essa é uma questão institucional que ajuda a sustentar a opressão, e não uma posição moral individual (Kilomba, 2019).



Outro entrevistado enfatiza: “Porque o preto e o branco não têm o mesmo nível de atendimento. O rico e o pobre deveriam ter o mesmo atendimento apesar que somos todos iguais”. Para o racista, ver um negro é não ver que ele não está lá, não existe, o que ele define como lugar onde se encontram as regiões obscuras e sombrias do inconsciente (Mbembe, 2014). É impossível ignorar o racismo no campo da saúde, evidente nas interações interpessoais, pois mesmo um profissional que acredita não possuir atitudes racistas ainda pode contribuir para o racismo institucional ao não ouvir a percepção da pessoa que foi alvo da ação (Mazon, 2014).

Em relação ao conhecimento sobre a PNSIPN, 64,15% referiram não conhecer a política. Tal resultado é preocupante, uma vez que esta foi criada em 2007 e, embora caminhe a passos lentos, já possui 15 anos de existência e resistência. Sendo um direito social, não deve ser visto apenas como fruto de injustiças, pois resulta do reconhecimento da discriminação racial e étnica como fatores sociais que afetam as condições de saúde com vistas à promoção da equidade em saúde.

Um estudo afirma que, após uma formação da PNSIPN em uma unidade de saúde, ficou claro que as discussões sobre racismo, a saúde do negro e suas necessidades particulares precisavam continuar. Também sugeriu promover e educar os negros sobre questões de saúde (Williams & Mohammed, 2009). Dos 35,84% que afirmaram conhecer a política, disseram ter conhecido durante o curso de graduação. Por se concentrar principalmente em questões transversais, sua eficácia depende de quantas áreas e esferas diferentes de gestão em saúde estão envolvidas.

É evidente que há uma falta de conscientização entre os profissionais de saúde sobre como o racismo afeta o acesso aos serviços e a qualidade do atendimento. Pesquisas indicam que percepções de tratamento injusto, seja baseado em fatores sociais ou étnico-raciais, estão negativamente relacionados à saúde em diversos contextos sociais, o que dificulta o reconhecimento de situações de discriminação por parte dos profissionais de saúde. Reconhecer essas iniquidades é um grande passo para a melhoria do atendimento (Barreto & Heloani, 2015). O ponto de partida é desnaturalizar o olhar condicionado pelo racismo (Ribeiro, 2019). Destarte, torna-se essencial repensar drasticamente o que deve ser feito para melhorar as condições de saúde da população em geral e erradicar os grandes déficits de saúde causados pelo racismo.



Sobre o questionamento se em algum momento o respondente já praticou atos de racismo, 90,57% responderam negativamente. Apesar do racismo existir em todos os lugares, a maioria da população frequentemente o nega, atribuindo o preconceito aos outros e não a si mesmo, o que é facilitado pelas instâncias cotidianas do racismo, segundo estudos (López, 2012; Moreira, 2000). Esses autores sustentam que as ações racistas convivem com a intolerância nas relações de trabalho por meio de ações violentas, discriminatórias, irracionais, debilitantes e persistentes, que configuram o assédio laboral incentivado pela organização capitalista contemporânea da força de trabalho; em outras palavras, é impossível não ser racista depois de nascer em uma sociedade racista (Ribeiro, 2019).

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

“Sou totalmente contra ao racismo”;

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

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

Esse último discurso evidencia o estereótipo atrelado ao preconceito entranhado que circula a respeito dos negros; longe de lamentar-se da cor (Munanga, 2009), acentua-se o modo como a sociedade e a mídia retratam as pessoas negras como potencialmente perigosas, potencialmente criminosas (Davis, 2018).

Apenas duas pessoas responderam afirmativamente quando perguntadas se já haviam sido acusadas de se envolver em práticas racistas, mas não forneceram nenhum contexto para suas respostas. Com oito respostas afirmativas à pergunta se o entrevistado já presenciou uma situação racista no trabalho, o mesmo padrão de resposta foi usado novamente. Apenas um participante ofereceu uma explicação de por que eles "entraram na situação". As respostas a esse conjunto de questões mostram um padrão já amplamente estudado por pesquisadores. Além de outros fatores, a invisibilidade conferida ao negro ao discutir a percepção do racista sobre o negro ao vê-lo, a falta de reconhecimento do racismo nas interações cotidianas do local de trabalho (Mbembe, 2014).



Embora seja preciso reconhecer que a presença de relatos e termos daqueles que denunciam o racismo na saúde seja significativa, as práticas racistas nem sempre são percebidas racialmente pelas pessoas (Santos, Coelho, & Araújo, 2011). De acordo com um relatório publicado, 43% dos 240 participantes do estudo – tanto profissionais quanto usuários – declararam ter sofrido alguma forma de discriminação racial nos serviços de saúde. Sobre o quesito se já ouviram falar sobre racismo institucional, 54,72% referiram que “sim” e 45,28% que “não”. O racismo institucional está presente no funcionamento cotidiano de instituições e organizações, produzindo desigualdade, configurando-se negligência profissional (Moreira, 2020).

Quando uma instituição deixa de reconhecer as necessidades de um determinado grupo com base em sua origem étnica ou racial, omitindo, rejeitando ou deixando de promover a qualificação necessária para atender essa população, está sendo descuidada (Santos, Coelho, & Araújo, 2011). Isso porque inúmeros estudos sobre a disparidade racial foram usados para justificar a inferioridade negra e exacerbar as condições socioeconômicas que são desiguais para os negros. Isso é conhecido como racismo estrutural, que permeia as organizações e se institucionaliza no imaginário nacional brasileiro (Almeida, 2019; Baggio, Resadori & Gonçalves, 2019; Bersani, 2018).

No que se refere às condições de saúde e de vida da população negra, os indicadores de avaliação são: a escolaridade, a renda familiar, as condições de moradia e saneamento (Silva & Araújo, 2020). Ressalta-se que as doenças ocorrem independentemente desses indicadores; no entanto, um perfil de saúde e estilo de vida pode ser crucial para o desenvolvimento, tratamento ou recuperação de um problema de saúde. Neste estudo, 49% dos pesquisados afirmaram que as condições socioeconômicas foram os motivos da discriminação contra a população negra, seguidos por 42% que afirmaram ser por causa da raça.

A Pesquisa Nacional de Saúde (Cruz, 2006) investigou os motivos percebidos pelas pessoas que se sentiram discriminadas no serviço de saúde, apontando que a falta de dinheiro (53,9%) e a classe social (52,5%) foram os motivos mais citados pela discriminação. Outro estudo de Kalckmann, Santos, Batista e Cruz (2007) mostra que 60% dos pretos e 40,8% dos pardos percebem a discriminação racial nos serviços de saúde. Embora seja preciso reconhecer que a presença de relatos e termos utilizados para denunciar o racismo na saúde é significativa, Moreira (2000) argumenta que as práticas racistas nem sempre são percebidas racialmente pelas pessoas.



Em relatório publicado, o autor detalha os achados de que 43% dos 240 participantes do estudo – tanto profissionais quanto usuários – declararam ter vivenciado alguma forma de discriminação racial nos serviços de saúde. Sobre o quesito se já ouviram falar sobre racismo institucional, 54,72% referiram que sim, e 45,28% que não. O padrão de respostas mostra que mesmo aqueles que responderam positivamente sobre terem se engajado em atos racistas têm noções preconcebidas prontas para justificá-los, mesmo que repitam frases preconcebidas, o que pode ser confirmado a partir da leitura dos discursos apontados a seguir:

Quadro 2 - Categorização dos discursos em relação a conceitos pré-existentes.

Conceitos	Discursos dos entrevistados
Tratamento diferenciado	“É basicamente o tratamento diferenciado entre raças, no interior de organizações, sejam elas privados ou públicas;”
Sociedade racista	“É o racismo com a raça negra no meio da sociedade racista;”
Tratamento desigual	“Tratamento desigual em uma instituição devido a raça;”
Forma de desigualdade	“É qualquer forma de desigualdade que se baseia em raça. Dessa maneira, esse fato tende a ocorrer em instituições como órgãos públicos governamentais e corporações;”
Falta de respeito	“É uma falta de respeito com a população negra;”
Diferenciar atendimento e tratamento	“Diferenciar o atendimento e tratamento em órgãos ou instituições;”
Tratamento baseado na cor	“É o tipo de tratamento que a pessoa recebe baseado na sua cor. Ele é praticado por uma empresa ou instituição;”
Fracasso coletivo	“Fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa da sua cor, cultura ou origem étnica;”
Desigualdade racial	“Qualquer desigualdade racial que possa vir a ocorrer em órgãos públicos, universidades entre outros;”
Discriminação	“É toda forma de discriminação em que a pessoa é subestimada. Seja em uma instituição pública ou privada;”
Discriminação racial Práticas que dificultam acesso, ingresso, permanência	“É toda prática de discriminação racial individual dentro de uma instituição como ofensa, injúria. Pode se entender também como práticas que dificultam o acesso/ingresso ou permanência da população negra a estes serviços de forma velada;”
Desigualdade de tratamento	“É a desigualdade de tratamento entre negros e brancos dentro das instituições;”
Injúrias	“Injúrias, etc.;”
Privilégios negados	“Triste realidade. Alguns tem privilégios, outros não;”

Fonte: Elaborada pelas autoras (2021).

Por fim, foi solicitado aos sujeitos do estudo que sugerissem formas de prevenir o preconceito. Houve uma tendência de o discurso rejeitar o questionamento das respostas convencionais ao racismo. Em geral, não foram fornecidas alternativas ao combate ao racismo. Por outro lado, o reconhecimento da condição racista foi sugerido como uma potencial alternativa ao combate ao racismo. Embora essa linha de pensamento possa parecer a mais adequada, a dificuldade em fazer esse



reconhecimento é onde está o problema. Todo mundo sabe que o racismo existe, mas ninguém se vê como racista, afirma Ribeiro (2019). Por isso, é preciso ter uma ação antirracista real. Para tanto, cita como exemplos efetivos a participação efetiva do público, a leitura de autores intelectuais negros e o uso desses autores por pesquisadores da descolonização (Ribeiro, 2019).

Negar o racismo protege os opressores, enfraquece as vítimas, invalida as campanhas antirracistas e fortalece a resistência (Dijk, 1992). Essas formas de negação incluem renúncias, mitigação, eufemismo, desculpas, vitimização, reviravoltas, outras manobras defensivas, manutenção facial e auto apresentação positiva em discurso negativo contra minorias, imigrantes e (outros) antirracistas (Fanon, 2008).

Neste sentido, Oliveira e Magalhães (2022) discutem sobre o papel do controle social e dos movimentos negros na construção da PNSIPN a partir da necessidade de estabelecer garantias concretas de participação da população negra para dar visibilidade às injustiças. Na luta pela retomada e proteção de direitos, é fundamental propor melhorias no padrão de gestão da saúde integral da população negra e outras medidas corretivas.

CONCLUSÃO

Acredita-se que ainda existe um desconhecimento institucional racista entre os profissionais de saúde entrevistados. A partir das respostas, percebe-se que a ausência de uma efetiva implementação dos programas de implementação da PNSIPN compromete o acesso da população negra aos serviços de saúde e reduz as oportunidades de diálogo.

É necessário que os gestores de saúde estabeleçam a PNSIPN para combater qualquer manifestação de racismo no sistema de saúde, bem como para avaliar as questões mais prevalentes entre a população negra da região e planejar soluções, seja por meio de treinamento e educação permanente ou mais medidas severas como medidas punitivas aos trabalhadores. Tornar-se-á cada vez mais importante a realização de estudos que possam revelar os fatores raciais que moldam a identidade e o cotidiano das pessoas, a fim de estabelecer uma cultura de expressão aberta de atitudes antirracistas nas unidades de saúde brasileiras, levando eventualmente à eliminação da opressão racial nesses ambientes.



Reverter a institucionalização das ações profissionais é, portanto, necessário para enfrentar uma variedade de efeitos decorrentes do cuidado prestado à população negra. Ao lado do conhecimento, isso melhorará o padrão de assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

- Almeida, S. (2019). *Racismo Estrutural*. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen.
- Baggio, R. C., Resadori, A. H. & Gonçalves, V. C. (2019). Raça e Biopolítica na América Latina: os limites do direito penal no enfrentamento ao racismo estrutural. *Revista Direito e Práxis*, Rio de Janeiro, 10(3), 1834-1862. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/article/view/34237>
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Barreto, M. & Heloani, R. (2015). Violência, saúde e trabalho: a intolerância e o assédio moral nas relações laborais. *Serviço Social & Sociedade*, (123), 544-561. <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/Ssc7hLDWdns4BcYxMmS5fQF/abstract/?lang=pt>
- Bersani, H. (2018). Aportes teóricos e reflexões sobre o racismo estrutural no Brasil. *Extraprensa*, 11(2), 175–196. <https://www.revistas.usp.br/extraprensa/article/view/148025>
- Brasil. (2010) *Lei nº 12.288; de 20 de julho de 2010; e legislação correlata*. Estatuto da igualdade racial. 4. ed. Brasília: Câmara dos Deputados; Edições Câmara; Série legislação; 171. http://www.sedhast.ms.gov.br/wp-content/uploads/2015/10/estatuto_igualdade_racial_4ed.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde (MS) (2007). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília: MS. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf
- Brasil. Lei nº 8.080 (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 19 set. 1990. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). (2013). Perfil da Enfermagem no Brasil. *FIOCRUZ/COFEN*, 2013. <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html>
- Cruz, I. F. C. (2006). Saúde e iniquidades raciais no Brasil: o caso da população negra. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 5(2), 216-230. <https://www.redalyc.org/pdf/3614/361453972025.pdf>



Davis, A (2018). *A liberdade é uma luta constante*. 1. Ed. São Paulo: Boitempo.

Dias, S., Rodrigue, R., Silva, A., Horta, R. & Cargaleiro, H. (2010). Procura de cuidados e acesso aos serviços de saúde em comunidades imigrantes: um estudo com imigrantes e profissionais de saúde. *Arquivos de Medicina*, 24(6), 253-259. https://www.academia.edu/7088977/Procura_de_Cuidados_e_Acesso_aos_Servi%C3%A7os_de_Sa%C3%BAde_em_Comunidades_Imigrantes_Um_Estudo_com_Imigrantes_e_Profissionais_de_Sa%C3%BAde

Dijk, T. A. V. (1992). Denying Racism: Elite Discourse and Racism. *Discourse & Society*, 3(1), 87-118. <https://discourses.org/wp-content/uploads/2022/07/Teun-A.-van-Dijk-1993-Denying-racism-Elite-discourse-and-racism.pdf>

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

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

Gil, A. C. (2018). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 6. ed. São Paulo: Atlas.

Goes, E. F. & Nascimento, E. R. (2013). Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde em Debate*, 37(99), 571–579. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kw9SwJT5SHMYty6dhTYvsGg/abstract/?lang=pt>

Gomes, N. (2012). Relações Étnico-Raciais, Educação e Descolonização dos Currículos. *Currículo sem Fronteiras*, 12(1), 98-109. http://www.apeoesp.org.br/sistema/ck/files/5_Gomes_N%20L_Rel_etnico_raciais_educ%20e%20descolonizacao%20do%20curriculo.pdf

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2011). *Censo Brasileiro de 2010*. <https://censo2010.ibge.gov.br/>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Pesquisa nacional de saúde (PNS) (2015). *Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação* / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2020). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Tabela 6408 – População residente; por sexo e cor ou raça*. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html?=&t=destaques>

Kalckmann, S., Santos, C. G., Batista, L. E. & Cruz, V. M. (2007). Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde e Sociedade*, 16(2), 146–55. <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZTJmFN3BzNTm8C6rf9qFJgC/abstract/?lang=pt>



- Kilomba, G. (2019). *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. Rio de Janeiro: Editora Cobogó.
- Köche, J. C. (2005). *Pesquisa científica: critérios epistemológicos*. Petrópolis: Vozes.
- Lakatos, E. M. & Marconi, M. A. (2011). *Metodologia científica*. 6. ed. São Paulo: Atlas.
- Lima, S. A. V., Silva, M. R. F., Carvalho, E. M. F., Pessoa, E. Â. C., Brito, E. S. V. & Braga, J. P. R. (2015). Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(2), 635–656. <https://www.scielo.br/j/physis/a/wKGDCzcn5pgT4D4jZz4tbyc/?lang=pt>
- López, L. C. (2012). The concept of institutional racism: applications within the healthcare field. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(40), 121-34. <https://www.scielo.br/j/icse/a/hxpmJ5PB3XsWkHZNwrHv4Dv/abstract/?lang=pt>
- Malta, D. C., Stopa, S. R., Santos, M. A. S., Andrade, S. S. C. A., Oliveira, M. M., Prado, R. R., & Silva, M. M. A. (2017). Fatores de risco e proteção de doenças e agravos não transmissíveis em adolescentes segundo raça/cor: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20(2), 247–259. <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/TTCxh4NvTJwTx3jH5xJmbvt/?lang=pt>
- Martinez, M. R. (2017). A abordagem equitativa de gênero como uma estratégia de gestão para fixação de médicos em áreas vulneráveis. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 21(suppl 1), 1193–204. <https://www.scielo.br/j/icse/a/NyzjdrRGV4R8ZNDJJQssXsz/?lang=pt>
- Matos, I., Fernanda, R., Toassi, C. & Conceição De Oliveira, M. Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações. *Athenea digital: revista de pensamiento y investigación social*. 13(2), 239-244. <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/118035>
- Mazon, E. M. (2014). *Qualificação dos profissionais da UBS São Benedito para a implantação da política de saúde integral da população negra*. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande. <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/4231>
- Mbembe, A (2014). *Crítica da razão negra*. São Paulo: n-1 edições.
- Milanezi, J., Gusmão, H. N., Sousa, C. J., Bertolozzi, T. B., Lotta, G., Fernandez, M., Correa, M., Vilela, E. & Ayer, C. (2020). Mulheres negras na pandemia: o caso de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Informativos Desigualdades Raciais e Covid-19. *AFRO-CEBRAP*, 5. <https://cebrap.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Informativo-5-Mulheres-negras-na-pandemia-o-caso-de-Agentes-Comunitarias-de-Sau-CC%81de-ACS-.pdf>



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

Munanga, K. (2009). *Negritude: usos e sentidos*. Belo Horizonte: Editora Autêntica.

Nogueira, M. L., Borges, C. F., Lacerda, A., Fonseca, A. F., Vellasques, A. P., Morel, C. M. M., et al (2020). Boletim da Pesquisa “Monitoramento da saúde dos ACS em tempos de Covid-19.” *Repositório Institucional da Fiocruz*. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 41 p. <https://portal.fiocruz.br/producao-audiovisual>

Oliveira, L.G.F; Magalhães, M. (2022). Percurso da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 39, e0214.
<https://www.scielo.br/j/rbepop/a/p9Z9c4pJnPHpj35TVxSBMZz/?lang=pt#>

Oliveira, V. P. S. & Silva, H. R. (2021). Prevalência da síndrome de burnout entre profissionais de saúde que atuam em unidades de terapia intensiva. *Brazilian Journal of Development*, 7(2), 17863–17875.
<https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/25054>

Oliveira, J. (2017). *A presença de profissionais indígenas na assistência à saúde no Brasil*. 2017. 152 f., il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)—Universidade de Brasília, Brasília, 2017. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/24235>

Pereira, M. G., Silva, B. N., Vieira, L. R. F., Quaresma, F. E. L., Cezareo, P. F. O. & Silva, C. R. D. V. (2021). Saúde mental de mulheres profissionais de saúde no Brasil: uma revisão do discurso. In: *Saúde mental e suas interfaces: rompendo paradigmas*. Belo Horizonte: Poisson. <https://poisson.com.br/2018/produto/saude-mental-e-suas-interfaces-rompendo-paradigmas/>

Piedade, F. L., Santos, P. A. & Haddad, J. G. V. (2021). Os significados acerca da Estratégia Saúde da Família para uma comunidade. *Nursing*, 24(273), 5219–5228.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1148484>

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

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

Santos, A. B. S., Coelho, T. C. B. & Araújo, E. M. (2011). Racismo institucional e informação em saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 35(supl.1), 231-242.
<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35nSupl1/a2311.pdf>

Santos, V. C., Moraes, A. C., Carvalho, E. S. S., Santos, J. S., Silva, I. A. R. & Teixeira, J. B. C. (2021). Saúde da população negra no contexto da pandemia da covid-19: uma revisão narrativa. *Brazilian Journal of Development*, 7(1), 2306–20.
<https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/22800>



Silva, M. L. & Araújo, W. F. (2020). Biopolítica, racismo estrutural-algorítmico e subjetividade. *Educação Unisinos*, 24, 1-20.

Viegas, A. P. B., Carmo, R. F. & Luz, Z. M. P. (2015). Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde e Sociedade*, 24(1), 100–112. <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/J9LSP5w9SXvH5K8W6YFTLfC/abstract/?lang=pt>

Wermelinger, M., & Machado, M. (2010). A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, 45, 55-71.

<http://www.enasp.fiocruz.br/observarh/arquivos/A%20Forca%20de%20Trabalho%20o%20Setor%20de%20Saude%20no%20Brasil%20.pdf>

Williams, D. R., & Mohammed, S. A. (2009). Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(1), 20-47. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19030981/>

Apêndice A

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Iniciais: _____

Unidade de saúde: _____

Q01. Data de nascimento: ____/____/____ idade: _____

Q02. Sexo: () 1. Masculino () 2. Feminino () 3. Outros

Q03. Profissão: _____

Q04. Você tem filhos? () 1. Sim () 2. Não

Q05. Com quem você mora? () 1. Com os pais () 2. Com a mãe () 3. Com o pai () 4. Com avós ()

5. Com o parceiro 6. () outros: _____

Q06. No Brasil existem pessoas de diversas raças. Na sua opinião; a qual raça você pertence? () 1. Branca () 2. Preta () 3. Amarela () 4. Parda () 5. Indígena () 6. Não sabe declarar

Q7. Quando você tem algum problema de saúde, onde busca atendimento? () 1. Pronto socorro municipal () 2. Hospital () 3. Unidade de saúde do seu bairro () 4. Farmácia () 5. Plano de saúde 6. () outros

Q8. Com quantos anos você começou a trabalhar? _____

Q09. Por qual motivo você resolveu trabalhar na área de saúde? (pode marcar mais de uma resposta)

() 1. Para ajudar seus pais () 2. Para ter dinheiro; ser independente () 3. Para ficar longe de casa

() 4. Para pagar os estudos () 5. Porque alguém lhe ofereceu trabalho () 6. Porque seus pais quiseram

() 7. Para aprender uma profissão () 8. Para não ficar na rua () 9. Para ser alguém na vida () outro.

Q10. Como você se avalia enquanto profissional: () 1. Excelente () 2. Bom () 3. Péssimo

Q11. Você acha que temas como racismo devem ser tratados na área da saúde?

() 1. Sim () 2. Não

Se sim; justifique sua resposta:

Q12. Você já fez curso de atenção primária à saúde? (especialização; curso de curta duração; etc.)?

() 1. Sim () 2. Não

Se sim; indique a fonte:

Q13. Você tem conhecimento da política nacional de atenção à saúde da população negra?

() 1. Sim () 2. Não



Se sim; indique a fonte:

Q14. Se você conhece; como avalia a política nacional de atenção à saúde da população negra?

() 1. Não conheço a política nacional de atenção à saúde da população negra

Q15. Para o tipo de atendimento ao público feito que realiza; você pensa que seria necessário fazer algum tipo de formação continuada visando à melhoria da saúde da população negra?

() 1. Sim () 2. Não

Se sim; indique a fonte:

Q16. Você já se indagou se teve prática de atos de racismo?

() 1. Sim () 2. Não

Se sim; indique a fonte:

Q17. Você é racista?

() 1. Sim () 2. Não

Q18. Você acha que; de modo geral; seus/suas colegas de profissão atendem de forma diferenciada; com menos atenção; pessoas de pele negra?

() 1. Sim () 2. Não

Se sim; indique a fonte:

Q19. Você já presenciou alguma situação no seu trabalho que envolveu racismo?

() 1. Sim () 2. Não

Se sim; como você reagiu a esta situação?

Q20. Caso tenha respondido afirmativamente; poderia narrar brevemente a situação?

() 1. Não presenciei nenhuma situação de racismo no meu trabalho

Q21. Você já ouvir falar de racismo institucional?

() 1. Sim () 2. Não

Se sim; o que você entende por racismo institucional?

Q22. De que forma o racismo mostra-se mais efetivo e difícil de ser combatido?
