

Rafaela Ramos Maia

A cor do cuidado: Caminhos para construir um acolhimento antirracista

Rio de Janeiro

2026

A cor do cuidado: Caminhos para construir um acolhimento antirracista

Trabalho apresentado como requisito para obtenção do título de Enfermeiro Especialista no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Orientadora: Me. Michelle A da C de Jesus

Co-orientadora: Me. Maria de Fátima Barcellos Silva

Rio de Janeiro

2026

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e aos meus ancestrais, por me conduzirem até este momento, por me permitirem existir, resistir e viver uma vida plena, atravessada por sentidos, aprendizados e força. Agradeço por me sustentarem ao longo de todo o processo da residência, mesmo nos dias mais difíceis, e por me lembrarem, continuamente, de quem eu sou e de onde venho.

Agradeço aos meus avós Carlos Maia e Elza Maia, que sempre me acolheram, cuidaram de mim e me ensinaram desde cedo sobre amor, cuidado e pertencimento, tudo o que sou hoje é devido o amor deles. Este trabalho é dedicado a vocês, que me criaram com afeto e me trouxeram até aqui.

Agradeço ao meu parceiro, Breno Sophia por ser meu porto seguro e caminhar ao meu lado nessa jornada intensa, pelo apoio constante, pela presença firme mesmo diante das adversidades e por acreditar em mim, inclusive quando eu mesma duvidei. Obrigada por tudo.

Agradeço as minhas amigas Alice Machado, Anne Carvalho e Mariana Castro que estão ao meu lado desde a infância e continuam me apoiando e me embarcando nas minhas loucuras, e sendo meus maiores ponto de apoio.

Agradeço às minhas R-irmãs, Ana Carolina, Ana Vitória, Márcia, Millene e Stephany, por todo o apoio durante esse processo duro, sou grata por não soltarem a minha mão, pelo acolhimento, cuidado mútuo, pelas risadas e pela força compartilhada até o final da residência, seguimos juntas até o final, com amor, carinho e respeito, sem vocês esses 2 anos não seriam possíveis.

Agradeço à minha preceptora Isabel e às minhas orientadoras, Maria e Michelle, que me acompanharam até a conclusão desse trabalho, com muita paciência, respeito, acolhimento e, sobretudo, pela confiança. A liberdade que me foi dada para construir este trabalho, aliada ao apoio e à escuta, foi fundamental para que eu pudesse desenvolver um trabalho que verdadeiramente me representa.

Por fim, agradeço a ACS Elane Siqueira que sempre foi meu porto seguro dentro da equipe, e a ACS Patrícia Irene que esteve ao meu lado no meu maior momento de sofrimento dentro da unidade, oferecendo apoio, força e cuidado, sua presença foi essencial para que este trabalho existisse.

RESUMO

MAIA, Rafaela Ramos. A cor do cuidado: caminhos para construir um acolhimento antirracista. 48 f. 2026– Monografia em Enfermagem de Família e Comunidade- Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 2026. Introdução: A motivação deste trabalho reside na necessidade de qualificar o acolhimento de pessoas negras na Atenção Primária à Saúde. Como profissional negra inserida nesse contexto, observo uma lacuna entre a diretriz da equidade racial preconizada pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e a realidade vivenciada por muitos usuários negros, que frequentemente enfrentam barreiras no acesso aos serviços. Objetivo: Elaborar um minicurso de aperfeiçoamento para os profissionais em uma clínica da família no município do Rio. Justificativa: A iniciativa visa sensibilizar os trabalhadores da saúde para as especificidades sociais, culturais e históricas dessa população, promovendo um cuidado mais humanizado, antirracista e baseado nos princípios da equidade e da integralidade. Referencial teórico: Nesse contexto, aprofundando a compreensão da saúde, é crucial reconhecer que o racismo estrutural em suas múltiplas dimensões, como individual, institucional, recreativa, religiosa, ambiental, dentre outras formas, impacta na saúde. Resultado: Promover a sensibilização e o fortalecimento das práticas de acolhimento antirracista entre os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS).

Palavras-chaves: Educação Permanente; Racismo; Atenção primária à Saúde.

LISTA DE IMAGENS E QUADROS

Imagem 1: Método prisma -----	04
Imagem 2: Árvore de problemas -----	13
Imagem 3: Organização do curso -----	19
Imagem 4: O tão esperado momento -----	20
Imagem 5: Caracterização dos participantes-----	21
Imagem 6: Quesito raça cor do participantes-----	22
Imagem 7: Participantes -----	22
Imagem 8: Linha do Tempo -----	23
Imagem 9: Linha do Tempo -----	23
Imagem 10: Nosso Baobá -----	28
Quadro 1: Minicurso -----	15

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASG	Auxiliar de Serviços gerais
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
PNH	Política nacional de Humanização
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PREFC	Programa de residência em enfermagem de Família e Comunidade
PSE	Programa Saúde nas Escolas
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	01
1.1. Objetivos:	02
1.2. Justificativa.....	03
1.3. Contribuições do Estudo.....	05
2. REFERENCIAL TEÓRICO	05
2.1. Racismo Estrutural e a Determinação Social da Saúde: O Impacto nas Iniquidades e no Cuidado da População Negra no Brasil.	05
2.1.1. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: o papel da Atenção Primária em Saúde (APS).....	10
2.1.2. O racismo como barreira no acolhimento de pessoas negras na saúde	11
3. METODOLOGIA.....	13
3.1. Desenho metodológico	14
3.2. Aspectos éticos	14
4. RESULTADO	14
4.1 Desenho da Proposta Minicurso	15
4.2 Baobá.....	17
4.3 Adubando meu solo	18
4.4 Plantando as sementes do nosso Baobá.....	19
4.5 Caracterização dos participantes	20
4.6 O germinar de nossas raízes.	23
4.7 Curando Rachaduras do nosso Baobá	25
4.8 Fortalecendo nosso Caule.....	26
4.9 O florescer do nosso Baobá.....	27
5. DISCUSSÃO	31
6. CONCLUSÃO.....	34
7. REFERÊNCIAS	36

1. INTRODUÇÃO

Sou Rafaela, uma mulher preta criada no subúrbio carioca, que cresceu em uma família onde a solidão nunca fez morada, pois jamais a conheci em minha trajetória. Criada pelos meus avós paternos, dentro de uma família Preta que conseguiu se estabelecer dentro de uma sociedade racista, e não se permitiu ter sua história apagada.

Sou tataraneta de um capitão da marinha, que era poliglota, bisneta de um policial militar, e neta de um funcionário público, olhar para minha família é olhar para um passado que não me assombra, e que sim me orgulha e me dá força para seguir em frente.

Talvez minha história traga um pouco de estranhamento, pois é divergente da história da maioria das famílias negras brasileiras, sob o olhar de perspectiva de um país escravocrata que se estruturou sob os braços e suor do povo negro e foi o último país do continente americano a abolir a escravidão.

Ter um tataravô que ocupava uma posição de autoridade, ter uma linha familiar, empregos públicos e estabilidade, destoa da maioria das histórias de famílias negras. A minha vida acadêmica teve início em momentos compartilhados com a minha família, lá foi onde eu aprendi a principal ferramenta do cuidado, o acolhimento, lá que aprendi que quando pessoas negras se acolhem, compartilham não apenas experiências individuais, mas também um legado coletivo de resistência e superação.

Durante a minha graduação realizei o acadêmico bolsista no campo da atenção primária, e foi ali que encontrei um lugar familiar em que sua maioria era negra. Um local onde eu poderia acolher e cuidar dos meus iguais, assim como acontecia em minha vida pessoal.

Logo que o tempo se passou, concluí a minha graduação e escolhi entrar na residência de Saúde da Família e Comunidade, um local em que, é necessário estar próximo das pessoas, entender suas realidades, construir e produzir saúde e cuidado de maneira que faça sentido para sua realidade e contexto de vida de cada indivíduo, atuando na linha de frente, acompanhando famílias ao longo do tempo, conhecendo suas histórias, vivências, sonhos, tristezas e alegrias.

Me encontrei atuando na clínica da Família do Arará, sendo responsável pelo território da equipe mais populosa da unidade, Barreira do Vasco, que se localiza no bairro São Cristóvão, que se apresenta como um território vivo, plural, rico em acessórios intersetoriais, vulnerabilidades e resistência.

Iniciei minha jornada com aquela euforia, e a sensação de realização de estar fazendo algo que fosse para o meu povo, mas com o passar do tempo a frustração se iniciou. No decorrer dos atendimentos percebi que os usuários que compareciam às consultas e usufruíram dos serviços ofertados pela unidade eram em sua maioria pessoas não negras, com esta constatação me questionei por diversas vezes o porquê da ausência destas pessoas na unidade de saúde.

Todo esse processo do desencontro com os meus pares, foi algo que me fez questionar a legitimidade e funcionalidade do meu esforço, pois essas pessoas existiam, só não chegavam até a unidade para um cuidado integral, mas sim para resolução de problemas agudos.

A motivação deste trabalho reside na necessidade de qualificar o acolhimento de pessoas negras na Atenção Primária à Saúde. Como profissional negra inserida nesse contexto, observo uma lacuna entre a diretriz da equidade racial preconizada pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e a realidade vivenciada por muitos usuários negros, que frequentemente enfrentam barreiras no acesso aos serviços.

O Acolhimento se apresenta de forma polissêmica dentro do Sistema de Saúde brasileiro possui várias nuances primas para gestão do cuidado, atuando como um instrumento transformador na relação profissional-usuário inserindo este indivíduo como principal gestor do seu cuidado.

Identificar os desafios e as estratégias para uma prática antirracista e humanizada, é essencial para garantir o direito à saúde de forma integral e para combater as iniquidades raciais historicamente perpetuadas no sistema de saúde brasileiro (Brasil, 2017).

A origem dessa temática se dá também pela minha vivência e história, mas também pela história dos próximos, para que elas sejam ouvidas, incentivadas e transformadas. “Ser negro é ser violentado de forma constante, contínua e cruel, sem pausa ou repouso, por uma dupla injunção: a de encarnar o corpo e os ideais do ego do sujeito branco e a de recusar, negar, e anular a presença do corpo negro” (Costa, 1982, p. 25)

Todo meu contexto de vida e minhas leituras contribuíram para o meu questionamento: como posso aperfeiçoar o conhecimento dos profissionais na Atenção Primária à Saúde (APS) no acolhimento da população negra?

A partir deste questionamento surgiu a delimitação dos objetivos:

1.1 OBJETIVO

Elaborar um minicurso de aperfeiçoamento para os profissionais em uma clínica da família no município do Rio de Janeiro em contexto de favela.

1.2 JUSTIFICATIVA

Conforme determinado pelo Ministério da Saúde se torna obrigatório a “inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde” conforme estabelece a Portaria nº 992/GM/MS, de 13 de maio de 2009, que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), no entanto, o estabelecimento dessa política ainda encontra grandes desafios nas unidades de saúde, segundo Marly Cruz (2024) “Existe também um desconhecimento sobre o que é necessário fazer para implementar a política”.

O modelo Biomédico ainda é remanescente no campo da saúde comunitária o enfrentamento da doença é uma prática que sobressai sobre os cuidados do holos. O gestor conhece a estratégia, contudo encontra barreiras para desenvolver estratégias antirracistas para implementá-la, conforme define Werneck, é o "fracasso coletivo de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica".

Durante minha experiência como enfermeira residente em Saúde da Família e Comunidade, pude observar, no meu cenário de atuação, que embora haja uma grande presença de pessoas negras entre os usuários do serviço, a maioria dos atendimentos voltados para essa população, são para resolução de queixas agudas, ou de manifestações graves de condições crônicas negligências como a realização de curativo em pacientes diabéticos.

A ausência desses corpos na promoção do cuidado é de fácil visualização, logo as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, como rodas de conversa, grupos educativos, práticas integrativas e outras atividades do cuidado ampliado, não alcançam os usuários que mais necessitam.

Essa lacuna evidencia não apenas uma falha na oferta e acesso às ações coletivas, mas também a necessidade urgente de qualificação das equipes para um olhar mais atento, a questões que atravessam as experiências de saúde da população negra. O racismo institucional, ainda presente nos serviços de saúde, contribui para o afastamento dessa população das práticas preventivas e da atenção primária, perpetuando desigualdades e reforçando o modelo biomédico centrado na doença (Brasil, 2017).

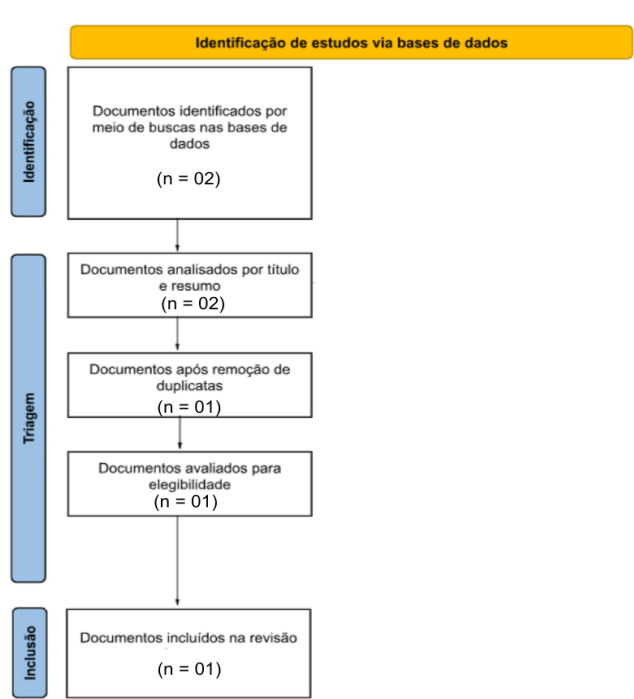
Diante disso, propõe-se a realização de um minicurso de acolhimento voltado aos profissionais da unidade, com o objetivo de qualificar o cuidado prestado à população negra. A iniciativa visa sensibilizar os trabalhadores da saúde para as especificidades sociais, culturais e históricas dessa população, promovendo um cuidado mais humanizado, antirracista e baseado nos princípios da equidade e da integralidade.

Espera-se, com esta ação educativa, fomentar práticas que estimulem o vínculo, o acesso e a participação da população negra nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, contribuindo para a redução das iniquidades raciais em saúde.

Na academia a produção científica sobre o acesso da população negra é escassa, em busca na BVS, utilizando os descritores do DeCS/MeSH “ACOLHIMENTO”, “POPULAÇÃO NEGRA”, EDUCAÇÃO EM SAÚDE, operador booleano AND.

Nos idiomas português, completo disponível, sem recorte temporal, incluindo artigos, teses, dissertações e documentos oficiais. No resultado da busca foi encontrado 1 documento oficial, trata-se de um folheto oficial da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, o que comprova a diminuta publicação acerca da temática. Para detalhamento da informação foi realizado o método PRISMA.

Imagem 1: Método prisma



Fonte: Autora, 2025

1.3 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Para a população o estudo contribui para a efetivação dos princípios de equidade e integralidade do SUS, assegurando à população negra um cuidado que reconheça suas necessidades específicas, diminui barreiras de acesso e enfrenta o racismo institucional. E consequentemente se traduz em maior dignidade no atendimento e em melhores indicadores de saúde, como a redução da mortalidade e de agravos evitáveis da população negra.

Para a academia, o estudo fortalece a produção científica crítica ao evidenciar o racismo como determinação social da saúde e ao propor a Educação Permanente como ferramenta de transformação das práticas. Amplia o debate teórico e metodológico sobre acolhimento, equidade racial e formação em saúde.

Para a enfermagem de família e comunidade destaca o protagonismo do enfermeiro atuante na APS no processo de qualificação do cuidado, visto que este profissional é responsável por construir vínculos, coordenar o cuidado e liderar processos educativos junto à equipe multiprofissional. Ao reconhecer o racismo e investir em práticas de acolhimento mais equânimes, a enfermagem de família e comunidade reafirma seu papel estratégico na defesa da equidade em saúde e na consolidação dos princípios do SUS.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Racismo Estrutural e a Determinação Social da Saúde: O Impacto nas Iniquidades e no Cuidado da População Negra no Brasil.

O abolicionista Joaquim Nabuco compreendia que a escravidão deixaria marcas profundas e duradouras na sociedade brasileira, uma vez que sua abolição não seria acompanhada por políticas públicas capazes de promover a inclusão política, econômica e social da população recém-libertada (Carneiro, 2011).

Tal fato mostrou-se assertivo, pois, no período pós-abolição, a população negra passou a vivenciar um processo contínuo de marginalização e invisibilização social. As desigualdades em saúde no Brasil, portanto, não constituem fenômenos recentes nem isolados, mas resultam de uma longa construção histórica marcada por profundas assimetrias sociais, raciais e territoriais. Raça, classe social e local de moradia ainda influenciam diretamente o acesso aos serviços de saúde e a qualidade do cuidado recebido (Macedo et al, 2025).

Ao pensar em raça, é necessário compreender o que é o racismo, preconceito e discriminação, uma vez que tais categorias estruturam historicamente as desigualdades sociais

no Brasil e produzem efeitos diretos sobre as condições de vida e saúde da população negra. De acordo com Silvio de Almeida, o racismo consiste em um fenômeno estrutural, profundamente enraizado nas relações sociais:

Racismo é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertençam. (pág. 22, Racismo Estrutural, Almeida, S., 2019).

No contexto brasileiro, o racismo não se limita a atitudes individuais, mas opera como um mecanismo estruturante da sociedade, manifestando-se em dimensões diversas, como o racismo institucional, ambiental, religioso e recreativo. O preconceito racial, por sua vez, refere-se ao plano simbólico e ideológico das relações raciais. Segundo Almeida (2019), trata-se de:

O preconceito racial é o juízo baseado em estereótipos acerca de indivíduos que pertençam a um determinado grupo racializado, e que pode ou não resultar em práticas discriminatórias. Exemplo: Considerar negros violentos e inconfiáveis, judeus avarentos ou orientais “naturalmente” preparados para as ciências exatas são exemplos de preconceitos (pág. 22, Racismo Estrutural, Almeida, S., 2019).

Embora o preconceito se manifeste inicialmente no campo das representações sociais, ele contribui para a naturalização das desigualdades raciais, legitimando práticas discriminatórias que afetam diretamente o cuidado em saúde, como a negligência no atendimento, a desqualificação da dor de pacientes negros e o acesso tardio a diagnósticos e tratamentos.

A discriminação racial, por sua vez, refere-se à materialização concreta dessas desigualdades, caracterizando-se pela atribuição de tratamento diferenciado a indivíduos ou grupos racialmente identificados.

A discriminação racial, por sua vez, é a atribuição de tratamento diferenciado a membros de grupos racialmente identificados. Portanto, a discriminação tem como requisito fundamental o poder, ou seja, a possibilidade efetiva do uso da força, sem o qual não é possível atribuir vantagens ou desvantagens por conta da raça (pág. 23, Racismo Estrutural, Almeida, S., 2019).

No campo da saúde, essa dinâmica se expressa, por exemplo, na distribuição desigual de recursos, na localização de equipamentos de saúde e na maior exposição da população negra a riscos ambientais e ocupacionais.

Assim, o racismo, em suas múltiplas dimensões, deve ser compreendido como um determinante estrutural da saúde no Brasil, cujas raízes históricas remontam ao processo escravocrata e às continuidades do pós-abolição.

Nesse contexto, aprofundando a compreensão da saúde, é crucial reconhecer que o racismo estrutural em suas múltiplas dimensões, como individual, institucional, recreativa, religiosa, ambiental, dentre outras formas, impacta na saúde. Essas expressões do racismo não se configuram apenas como fatores externos ou ocasionais, mas como determinações sociais estruturais que incidem diretamente sobre as condições de vida, adoecimento e acesso aos serviços de saúde da população negra no Brasil (Brasil, 2024).

Nessa perspectiva, a determinação social da saúde deve ser compreendida como um processo histórico e coletivo, no qual as condições de vida são moldadas por estruturas econômicas, políticas, culturais e ambientais, resultando em padrões diferenciados de saúde e doença. Tal abordagem, conforme proposto por Jaime Breilh, desloca a análise dos fatores isolados para uma visão crítica e integradora das relações sociais e de poder que produzem iniquidades em saúde, evidenciando que a saúde da população negra é atravessada por processos estruturais de desigualdade e exclusão (Breilh, 2006; Brasil, 2017; Werneck, 2016).

Isso significa que, em vez de meramente influenciar o cuidado, essas estruturas e práticas de opressão social moldam ativamente e produzem a maior vulnerabilidade deste grupo, criando barreiras significativas que dificultam o acesso universal, integral e equânime aos serviços de saúde (Brasil, 2024)

O racismo institucional não acontece apenas em ações diretas de discriminação, mas sobretudo na omissão, na deficiência de políticas públicas efetivas, na recusa de escuta qualificada e no apagamento do subjetivo e integralidade do cuidado às populações racializadas. É aqui que a noção de determinação social da saúde torna-se indispensável, ela permite compreender como o racismo atravessa e sustenta os modos de produção da saúde, moldando o acesso e a longitudinalidade do cuidado (Brasil, 2009; Werneck, 2016).

A institucionalização do racismo não é uma falha do sistema, é parte de sua engrenagem. A invisibilidade de corpos negros nos espaços de decisão, a lentidão nas respostas diante das mortes evitáveis, e o silêncio diante da dor são expressões dessa lógica estrutural. Não se trata de reconhecer apenas o impacto do racismo, mas de entender como ele organiza o

funcionamento das instituições de saúde, e como sua permanência pode afetar a sua funcionalidade (Santos; Waiselfis, 2021).

Essa perspectiva traz a necessidade de repensar os modos como se analisa o adoecimento da população negra. Quando indicadores apontam que pessoas negras morrem mais de causas evitáveis, sofrem mais violência obstétrica ou têm menos acesso à atenção especializada, não se trata de coincidência nem de ineficiência isolada, mas sim da materialização histórica de um sistema que distribui direitos embasados em determinações sociais (Werneck, 2016).

A população negra, frequentemente residente em áreas periféricas e em territórios de maior vulnerabilidade socioambiental, encontra múltiplas barreiras para acessar a Atenção Primária à Saúde (APS). Tais obstáculos incluem fatores estruturais e físicos, como a distância dos serviços, a falta de transporte e horários inadequados de funcionamento. No entanto, esses desafios não se restringem a dificuldades logísticas; estão fortemente relacionados ao racismo institucional e ambiental, que se expressa na forma como os sujeitos são acolhidos, incluídos e reconhecidos como pertencentes ao espaço de cuidado (Serpa, 2025; Silva et al., 2024).

Estudos recentes indicam que as desigualdades raciais no acesso e na qualidade da atenção em saúde estão vinculadas a processos históricos e estruturais que atravessam a organização do SUS e impactam diretamente a população negra, reforçando iniquidades (Anunciación et al., 2022).

Como consequência, o cuidado só é buscado quando o quadro de saúde já está agravado, reforçando um modelo de atenção voltado à urgência e não à prevenção fortalecendo ainda mais o cuidado com o viés biomédico, medicamentoso e centrado na doença (Silva; Cardoso, 2025).

O racismo estrutural não é apenas uma prática discriminatória individual, mas um elemento central na determinação social da saúde, especialmente em territórios periféricos e favelas. Nesses contextos, onde predomina a população negra, o racismo atua como um marcador que atravessa os processos de adoecimento, acesso e qualidade do cuidado em saúde (Louvison, 2023)

De acordo com Leal (2022), nas unidades de APS localizadas em favelas do Rio de Janeiro, o racismo institucional inviabiliza as experiências e subjetividades da população negra, impedindo que suas demandas sejam reconhecidas e acolhidas de forma adequada. Esse apagamento compromete diretamente os princípios de equidade e integralidade do SUS, tornando o cuidado parcial e excludente.

Além disso, Silva e Silva (2020) destacam que mulheres negras moradoras de favelas enfrentam uma sobreposição de opressões de raça, gênero e território, que intensificam as

barreiras de acesso à saúde. Essas mulheres frequentemente vivenciam situações de desumanização no atendimento, sendo desconsideradas como sujeitos de direitos e produtoras de saberes.

Essa compreensão é essencial para transformar as práticas de acolhimento na APS, principalmente em territórios onde o racismo é historicamente naturalizado. Superar esse cenário requer políticas públicas antirracistas, formação crítica dos profissionais e a valorização das vivências da população negra como parte constitutiva de um SUS verdadeiramente universal e equitativo (Werneck, 2016).

No ano de 2009 foi iniciada implementação da Lei da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que visa “combate às desigualdades no Sistema Único de Saúde (SUS) e na promoção da saúde da população negra de forma integral, considerando que as iniquidades em saúde são resultados de injustos processos socioeconômicos e culturais em destaque, o vigente racismo que corroboram com a morbimortalidade das populações negras brasileiras.” (Brasil, 2017).

Deste modo, a Atenção Primária à Saúde (APS) exerce papel fundamental na construção de um sistema de saúde mais inclusivo e acessível, assegurando o direito à saúde de todos os indivíduos. Nesse contexto, o acolhimento deve ser compreendido como “processo constitutivo das práticas de produção e promoção da saúde, implicando responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde sua chegada até sua saída” (Brasil, 2021).

O acolhimento, enquanto tecnologia leve, representa uma abordagem de cuidado que vai além do diagnóstico puramente biomédico, incorporando o reconhecimento da subjetividade do paciente, suas vivências, e suas necessidades sociais, culturais e emocionais. Essa forma de atenção favorece a construção de um cuidado integral, considerando todas as dimensões da saúde desde o vínculo e escuta qualificada até a responsabilização e a resolutividade, caracterizando-se como um dispositivo relacional e humanizador da prática em saúde (Penha et al., 2018).

Diante disso, o acolhimento da população negra na Atenção Primária se torna um espaço privilegiado e facilitador para enfrentar tais desigualdades, pois é nele que se materializam a escuta, o vínculo e a responsabilização como práticas de equidade.

Para que esse acolhimento seja efetivamente transformador, é necessário investir em processos de Educação Permanente em Saúde (EPS), capazes de sensibilizar e qualificar os profissionais para reconhecer e enfrentar o racismo institucional no cotidiano do trabalho (Brasil, 2014; Barbosa, 2024).

Articular a formação e prática de EPS, fortalece o acolhimento como dispositivo humanizador e, assim, sustenta o objetivo deste trabalho: a qualificação do acolhimento à população negra na APS, no intuito de sensibilizar os profissionais de saúde para o racismo como determinação social da saúde, fortalecer o acolhimento na APS como dispositivo de promoção da equidade, qualificar o cuidado prestado à população negra (Brasil, 2024)

2.1.1 Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: o papel da Atenção Primária em Saúde (APS)

A formulação da PNSIPN, oficializada pela Portaria nº 992/GM em 13 de maio de 2009, representou uma luta histórica às denúncias sobre as desigualdades raciais no acesso e na qualidade dos serviços de saúde. O Estado brasileiro reconheceu que o racismo é um fator estruturante da determinação social da saúde da população negra e com isso o enfrentamento ao racismo institucional deveria ser incorporado como diretriz no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2009).

A PNSIPN parte de um diagnóstico crítico em que a população negra no Brasil apresenta piores indicadores de saúde, maior exposição a agravos evitáveis, menor acesso a cuidados oportunos e maior mortalidade por causas tratáveis. A política propõe ações intersetoriais, formação permanente de profissionais, desenvolvimento de indicadores específicos, estímulo à participação social e incorporação de práticas culturais e saberes tradicionais da população negra nos processos de cuidado (Brasil, 2017).

Apesar de existir há cerca de 15 anos a sua implementação continua enfrentando diversos entraves, como a falta de financiamento específico, a descontinuidade político-institucional, a ausência de metas claras nos planos estaduais e municipais de saúde, e, sobretudo, a resistência das instituições em assumir o racismo como um problema estrutural da gestão pública (Fiocruz, 2024).

Embora as dificuldades comprometam o estabelecimento da política, sua implementação tem gerado benefícios concretos. Estudos indicam que a implementação da política, especialmente em municípios que adotam comitês técnicos e estratégias formativas, resulta em maior sensibilidade dos profissionais e maior participação comunitária na fiscalização dos serviços (Silva et al., 2021; Souza et al., 2020).

Além disso, a validação de indicadores para monitorar a implantação da PNSIPN reforça seu potencial para promover a equidade racial no sistema de saúde brasileiro (Silva et al., 2021).

2.1.2 O racismo como barreira no acolhimento de pessoas negras na saúde

No cenário da saúde pública brasileira, o acolhimento estabelece-se como uma diretriz operacional da Política Nacional de Humanização (PNH), funcionando como uma ferramenta de intervenção nos processos de trabalho (Brasil, 2010). Porém, se desvirtuando da apresentação administrativa de recepção, o acolhimento constitui-se como uma tecnologia de encontro, fundamentada na escuta qualificada e na responsabilização, cujo objetivo é assegurar que o serviço de saúde seja capaz de oferecer respostas resolutivas às demandas complexas dos usuários, e a permanência dos mesmos nos espaços de produção de cuidado (Brasil, 2010).

A compreensão do acolhimento da população negra na Atenção Primária à Saúde (APS) exige o reconhecimento de que o processo saúde-doença não é neutro, mas determinado pelas condições sociais, econômicas, históricas e políticas que estruturam a sociedade. A concepção de determinação social da saúde vai além da ideia de fatores isolados, propondo uma avaliação crítica e histórica das desigualdades, onde o racismo aparece como um dos principais elementos estruturantes do adoecimento da população negra no Brasil (Brasil, 2025).

Contudo, Frantz Fanon (2008), ao analisar os impactos do colonialismo nas subjetividades negras, denuncia que o racismo opera como uma forma de violência contínua e institucionalizada, que desumaniza o sujeito negro e compromete sua relação com os espaços de cuidado. Para o autor, o corpo negro é constantemente objetificado, e essa objetificação se reproduz nas estruturas institucionais, inclusive na saúde, onde a escuta, o vínculo e o reconhecimento da individualidade da pessoa negra são frequentemente negados ou deslegitimados.

Essa mesma crítica é aprofundada por Lélia Gonzalez (2020), ao propor o conceito de "racismo à brasileira", que articula classe, gênero e raça na compreensão das desigualdades sociais. Para a autora, a exclusão da população negra dos espaços institucionais não é fruto do acaso, mas de um projeto histórico de marginalização.

Ela argumenta que o racismo no Brasil opera de forma velada, mas extremamente eficaz, mantendo a população negra em posições de inferioridade social, inclusive nos espaços de formulação e execução de políticas públicas. No campo da saúde, isso se expressa tanto na ausência de representatividade nos espaços decisórios quanto na falta de políticas que reconheçam as especificidades culturais e históricas da população negra (Gonzalez, 2020).

Enquanto principal porta de entrada do SUS, a APS deveria funcionar como espaço de escuta qualificada, vínculo e cuidado integral. No entanto, Tochetto et al., 2023, ao investigarem a percepção de usuários negros sobre a APS, identificaram que atributos

essenciais como o acolhimento, o acesso e a integralidade são vivenciados com menor qualidade por essa população.

Esses dados não são pontuais, mas revelam uma lógica estrutural: o racismo institucional, enquanto forma de organização do serviço público, impede que a população negra usufrua do SUS em sua plenitude (Kalckmann, 2007)

Além disso, PNSIPN ainda enfrenta dificuldades de implementação nos serviços. Sua aplicação prática continua frágil, devido à ausência de formação antirracista nos cursos da área da saúde e à resistência das instituições em assumir o racismo como um problema estrutural. Como aponta Gonzalez (2020), não basta reconhecer a existência do racismo; é preciso construir ações concretas que o confrontem de forma sistemática e cotidiana.

Dentro desse debate, surge o conceito de acolhimento antirracista, que rompe com a ideia de um acolhimento neutro e universal. O acolhimento antirracista é uma prática política e ética que reconhece o racismo como estruturante das relações sociais e institucionais, e atua diretamente para enfrentá-lo nos espaços de cuidado. Não se trata apenas de receber o usuário, mas de escutar ativamente suas demandas, reconhecer suas vivências racializadas e garantir a produção de um cuidado comprometido com a equidade racial (Costa, 2021).

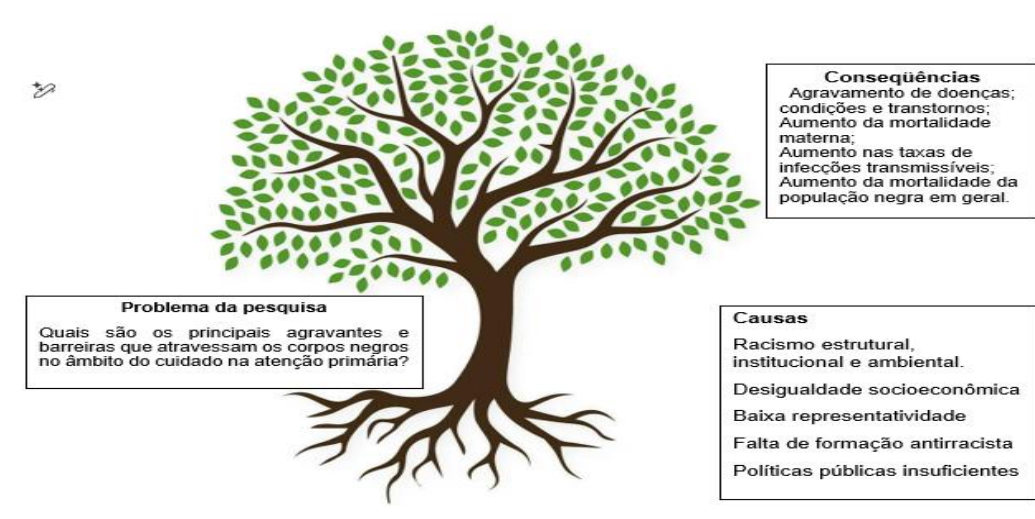
Portanto, pensar o acolhimento da população negra na APS exige um compromisso com a justiça social e a equidade racial. O acolhimento antirracista, nesse sentido, torna-se uma prática de resistência, uma forma de quebrar o ciclo institucional, valorizar saberes e experiências negras e construir relações de cuidado baseadas no reconhecimento e na dignidade. Como disse Fanon (2008), só há humanização possível quando há o reconhecimento pleno da humanidade do outro. E, no contexto da saúde pública, isso passa necessariamente por escutar, acolher e cuidar com um olhar antirracista.

3. METODOLOGIA

Este estudo adota uma abordagem qualitativa, com caráter de intervenção e educativo, por meio do desenvolvimento de um minicurso de qualificação profissional sobre o acolhimento da população negra na Atenção Primária à Saúde (APS). Segundo Mendes (2011), intervenções em saúde devem articular diagnóstico situacional, prioridades e estratégias que reorganizem o processo de trabalho, garantindo resultados que atendam as necessidades da população. Assim, elaborar uma proposta de intervenção é essencial para transformar problemas identificados no território em ações concretas e planejadas, qualificando o cuidado e fortalecendo a atuação da APS.

A proposta surgiu a partir da identificação de problemáticas recorrentes no cuidado à população negra na APS, tais como, busca por atendimento apenas em situações de agudização, ausência em ações de prevenção e promoção da saúde, agravamento de doenças evitáveis e aumento da mortalidade materna. Tais consequências estão relacionadas ao racismo estrutural e institucional, bem como à ausência de políticas públicas efetivas e de formação antirracista dos profissionais de saúde.

Imagem 2: Árvore de problemas



Fonte: Autora, 2025

O público-alvo do minicurso serão profissionais da APS, como agentes comunitários, técnicos, enfermeiros e médicos. O conteúdo será baseado em revisão bibliográfica, com um encontro formativo voltados ao debate sobre determinação social da saúde, racismo institucional, a PNSIPN e estratégias de acolhimento antirracista.

A metodologia incluirá uma roda de conversa, estudo de caso e construção coletiva de estratégias de cuidado, buscando promover reflexões críticas e práticas transformadoras nos serviços.

A intervenção será realizada em um produto técnico tecnológico, na modalidade curso de aperfeiçoamento profissional (CAPES 2020).

O critério de inclusão é ser profissional de uma unidade de saúde na área de planejamento 1.0. O critério de exclusão: profissionais afastados ou de licenças ou que estejam escalados para uma atividade imprescindível no momento da atividade.

3.1 Desenho metodológico

Será elaborado um minicurso de aperfeiçoamento profissional conforme recomendação CAPES com duração de 2 horas. A elaboração do minicurso será dividida nas seguintes etapas:

- 1º etapa: elaboração do plano de aula e cronograma;
- 2º etapa: elaboração do convite de divulgação;
- 3º etapa: avaliação da proposta pelo gestor da unidade;
- 4º etapa: divulgação do evento;
- 5º etapa: construção dos recursos visuais;
- 6º etapa: execução do minicurso de aperfeiçoamento;

3.2 Aspectos éticos

Esta atividade obedece aos aspectos éticos conforme CNS n.º 510, de 2016 e artigo 26º da Resolução CNS n.º 674, de 2022, porém por se tratar de uma atividade realizada com o intuito exclusivamente de educação, ensino ou treinamento sem finalidade de pesquisa científica, de alunos de graduação, de curso técnico, ou de profissionais em especialização, não precisa de autorização do CEP (IF, 2022).

4. RESULTADO

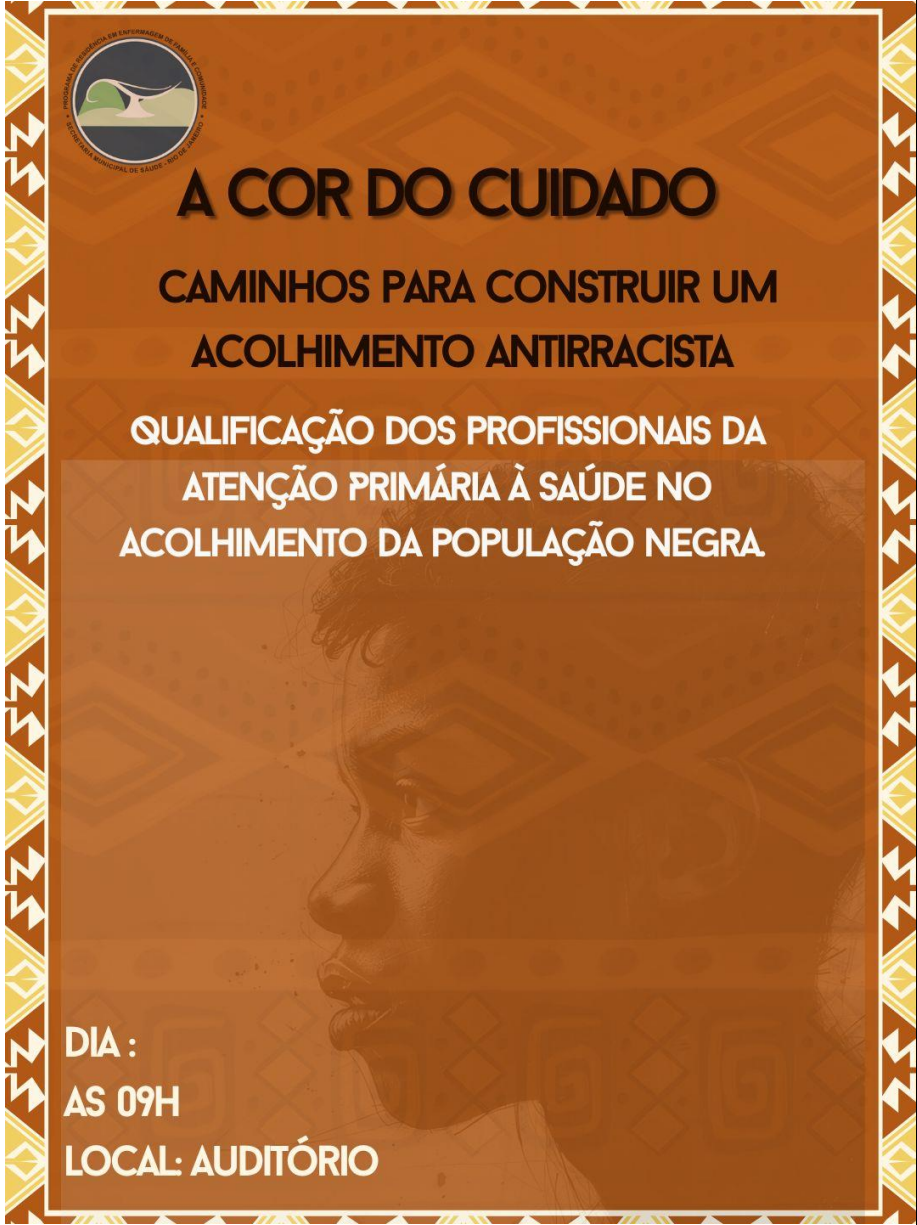
4.1 Desenho da Proposta Minicurso

Quadro 1: Desenho da Proposta Minicurso

A cor do cuidado: Caminhos para construir um acolhimento antirracista	
Objetivos	Geral: Promover a sensibilização e o fortalecimento das práticas de acolhimento antirracista entre os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). Específicos: Apresentar componentes históricos da população negra no Brasil. Definir o racismo como barreira de acolhimento das pessoas negras na APS. Elencar estratégias para fortalecer práticas antirracistas.
Público alvo	Profissionais da APS (Agentes Comunitários de Saúde (ACS), técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos).
Capacidade máx	30
Metodologia	Aulas expositiva dialogada
Moderadora	Rafaela e suas orientadoras Michelle Costa e Maria de Fátima
Aspectos Éticos	Segundo Resolução CNS n.º 510, de 2016 e artigo 26º da Resolução CNS n.º 674, de 2022. VIII – atividade realizada com o intuito exclusivamente de educação, ensino ou treinamento sem finalidade de pesquisa científica, de alunos de graduação, de curso técnico, ou de profissionais em especialização. Por se tratar de uma atividade realizada com o intuito exclusivamente de educação, ensino ou treinamento sem finalidade de pesquisa científica, de alunos de graduação, de curso técnico, ou de profissionais em especialização.

Cronograma	
Horário	Tema - Metodologia de ensino:

09h às 9:30 min	Abertura e recepção da aula, apresentação da proposta do encontro
09: 30 min as 10h	Apresentação e discussão da formação histórica do Brasil.
10h15min às 10h 45min	Introdução aos conceitos de racismo institucional, determinação social em saúde e interseccionalidades (raça, gênero, classe, território).
10h 45 min às 11h15min	Atividade colaborativa para análise de cenas do cotidiano.
11h 15min min às 11h 45 min	Construção coletiva de práticas para um cuidado antirracista
11h 45 min às 12h	Encerramento e avaliação do minicurso.

Documento de divulgação	 A COR DO CUIDADO CAMINHOS PARA CONSTRUIR UM ACOLHIMENTO ANTIRRACISTA QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ACOLHIMENTO DA POPULAÇÃO NEGRA DIA : AS 09H LOCAL: AUDITÓRIO
Avaliação do evento	A estratégia a ser utilizada, será implementação de papéis coloridos, onde os participantes escreverão suas, críticas positivas, negativas e suas sugestões “Que bom, que pena e que tal”.

Fonte: autora, 2026

4.2 Baobá

Entre muitos povos africanos, conta-se que o Baobá nasceu com a missão de guardar a vida, enquanto outras árvores buscavam altura, ele aprendeu a crescer em profundidade, suas raízes se espalharam pela terra como quem procura os ancestrais, guardando memórias, saberes antigos e tudo aquilo que não se perde com o tempo (Doro, 2016).

Seu tronco cresceu largo e resistente representando o tempo presente, o lugar onde a vida acontece agora, marcado por encontros, marcas e cicatrizes que não são escondidas, mas reconhecidas como parte da existência. Seus galhos se abrem para o céu apontando para o futuro, carregando folhas, frutos e a sombra que alcança quem ainda vai chegar.

É a partir dessa história que o trabalho se deixa compreender como algo que partilha de seu sentido, há nele um reconhecimento de que nada se sustenta sem raízes profundas, sem memória e sem escuta do que veio antes, o que dá corpo ao encontro não está apenas no que aparece, mas também no que sustenta silenciosamente cada escolha

O presente se afirma como tronco, um espaço vivo, atravessado por marcas, encontros e tensões, onde o cuidado e a reflexão acontecem no agora, sem apagar as cicatrizes que fazem parte do caminho. E assim como no Baobá, o que se constrói não se encerra em si, surgem-se galhos e folhas, esperando o futuro, confiando que aquilo que foi cuidado pode seguir florescendo. Dessa forma, a história do Baobá atravessa o trabalho como um modo de pensar a vida, o cuidado e a permanência, honrar as raízes, sustentar o presente e esperar o futuro.

4.3 Adubando meu solo

A preparação deste curso não pode ser resumida apenas como uma etapa técnica ou organizacional. Ela foi, antes de tudo, um processo profundamente emocional, atravessado por medo, insegurança, expectativa e responsabilidade.

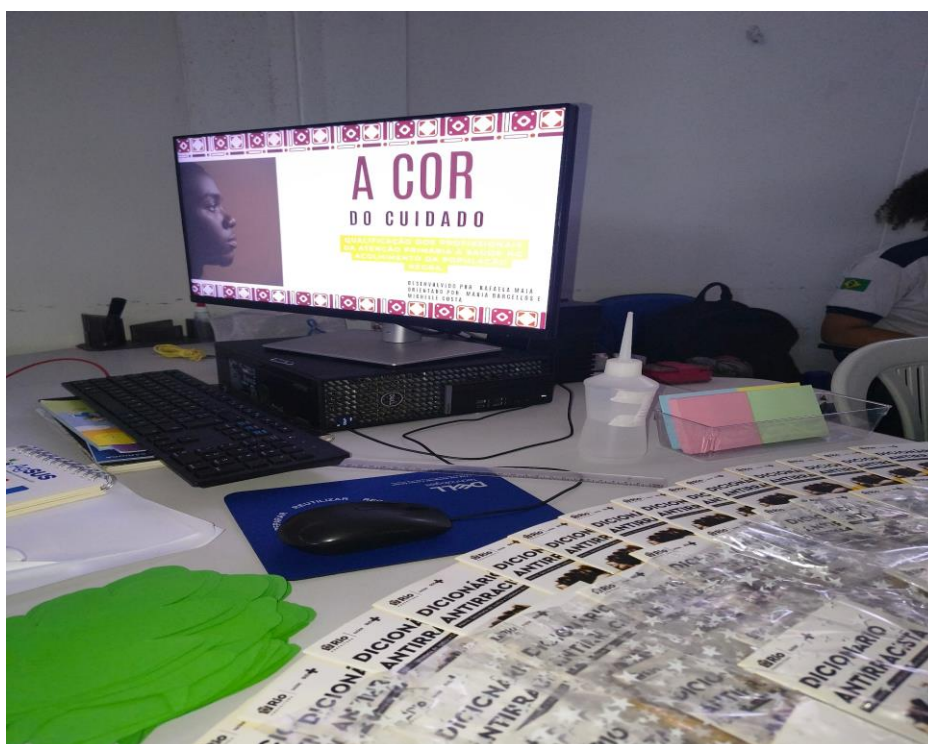
Era a primeira vez que eu conduzia um curso formal, estruturado, com carga horária definida, material pedagógico e um público composto por diferentes categorias profissionais da minha própria unidade de saúde.

Ministrar um curso para pessoas com quem convivo diariamente, algumas muito próximas, outras apenas conhecidas pelos corredores, me trazia uma imensa responsabilidade, não era apenas falar sobre um tema, mas sustentar um espaço de formação em que eu, assumia o lugar de quem propõe reflexão, provoca deslocamentos e nomeia violências sofridas por muitos, e que também foram sofridas por mim ao longo da minha caminhada na unidade.

A cada slide construído, a cada referência escolhida, eu revisitava minha própria história naquele espaço. Preparar esse curso tornou-se um movimento de ressignificação, era o momento de transformar uma experiência de dor em uma ação concreta de cuidado, educação permanente e afirmação da minha existência profissional.

Ao finalizar a confecção do material, fui tomada por uma emoção intensa, não era apenas orgulho pelo trabalho concluído, mas a percepção de que eu estava construindo algo que gostaria de ter vivido ao longo da minha formação. Um espaço em que raça, racismo e saúde fossem tratados com seriedade. Esse curso passou, então, a representar não apenas uma atividade da residência, mas um marco simbólico da minha trajetória na unidade.

Imagem 3: Organização do curso



Fonte: Arquivo pessoal

4.4 Plantando as sementes do nosso Baobá

No dia do curso, o nervosismo se materializou no corpo! Cheguei cedo, organizei o espaço com apoio dos meus pares, e com a equipe, preparei um café da manhã simples, mas carregado de intenção, acolher.

Enquanto os profissionais chegavam, o álbum Amarelo, de Emerica, preenchia a sala. A música funcionava como um convite sensível à escuta, à reflexão e ao reconhecimento das dores e potências da população negra.

À medida que as pessoas se acomodavam, percebia nos rostos curiosidade, expectativa e, em alguns casos, cautela. Embora a temática fosse conhecida, não estava claro para muitos como ela seria abordada. Técnica? Leve? Confrontadora? Essa incerteza também me atravessava.

Quando me dei conta, éramos 46 pessoas de diferentes categorias reunidas para abraçar uma temática complexa, a pluralidade daquele grupo foi um dos momentos mais marcantes do encontro, ela rompeu um medo que me acompanhou durante toda a preparação, o de falar para poucos, ou de não encontrar abertura. Me encontrar naquele espaço cheio foi, para mim, uma experiência de validação e respeito.

Imagem 4: O momento tão esperado



Fonte: Arquivo pessoal, 2026

4.5 Caracterização dos participantes

O encontro contou com a participação de 45 participantes, composto por profissionais da Atenção Primária à Saúde e participantes externo, convidados em razão de sua atuação no território e vínculo com a temática proposta. Entre as profissionais, estiveram presentes trabalhadoras com diferentes atribuições profissionais, incluindo agentes comunitários de saúde (ACS), Auxiliar de serviços gerais (ASG), Técnica de enfermagem, Enfermeiras, Médica, Farmacêutico, Técnico em Farmácia, Gestora de serviços de Saúde, Odontologista,

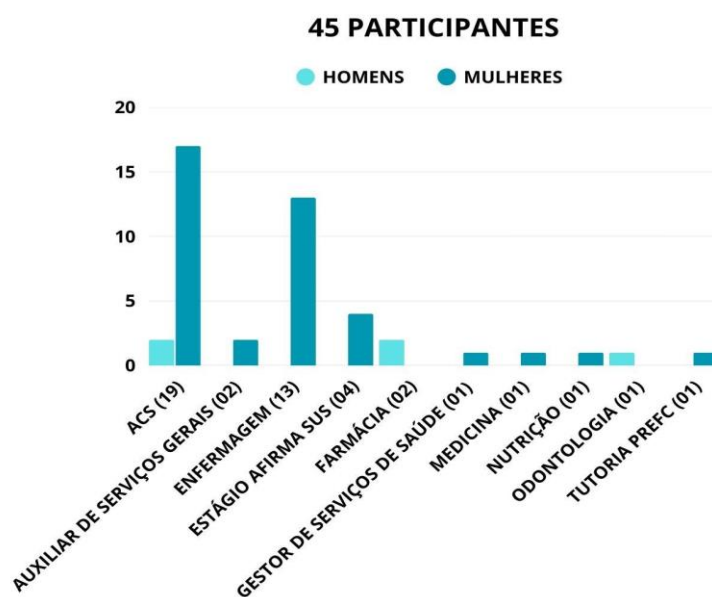
Nutricionista, Estagiárias do projeto Afirma SUS e Tutora do Programa de residência em Enfermagem de Saúde da Família e comunidade (PREFC).

Quanto ao sexo, o grupo foi majoritariamente feminino, refletindo a feminilização do trabalho em saúde e, em especial das práticas de cuidado desenvolvidas na Atenção Primária. Em relação à raça/cor, predominou a participação de profissionais autodeclarado da cor Branca, seguida Parda e Preta, evidenciando um recorte racial relevante para o desenvolvimento das discussões propostas.

A presença de participantes externos ampliou o diálogo para além do espaço institucional da unidade de saúde, incorporando diferentes vivências e perspectivas comunitárias. A diversidade quanto às funções profissionais, ao pertencimento racial e às experiências de vida contribuiu para a riqueza das trocas, fortalecendo o caráter coletivo e participativo do encontro.

Essa caracterização do público foi fundamental para a condução da atividade, uma vez que possibilitou a construção de um espaço de escuta qualificada, identificação e reconhecimento mútuo, aspectos centrais para ações formativas comprometidas com a promoção da equidade racial e com práticas de cuidado antirracistas no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Imagem 5: Caracterização dos participantes do minicurso.



Fonte: Autora, 2026.

Imagem 6: Quesito raça cor das participantes



Fonte: Autora, 2026

Imagem 7: Participantes

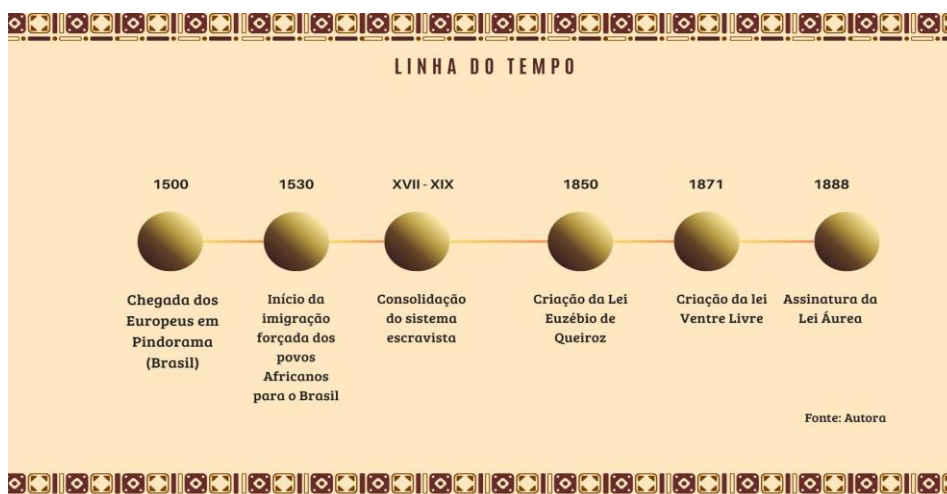


Fonte: Arquivo pessoal

4.6 O germinar de nossas raízes

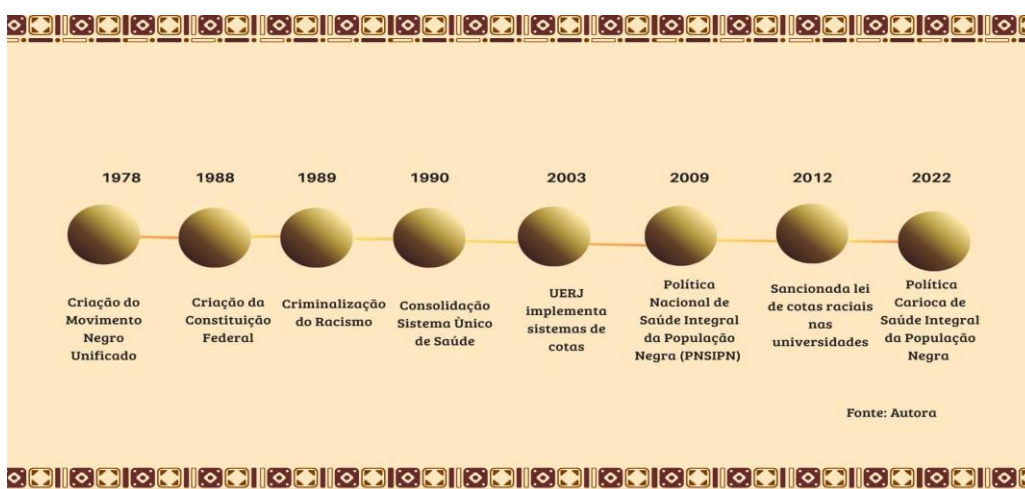
O curso iniciou-se a partir de uma aula expositiva dialogada, estruturada por perguntas disparadoras, desde o começo, a proposta foi romper com a lógica do saber absoluto, apostando na construção coletiva do saber. Durante a primeira etapa foi apresentado a linha do tempo da formação da sociedade brasileira, similar a ensinada nas escolas, à medida que avançávamos tornava-se evidente que a ancestralidade da população negra surgia de forma fragmentada, história repetia a dor e o apagamento, como se não houvesse cultura, organização e autoria.

Imagem 8: Linha do tempo



Fonte: autora

Imagem 9: Linha do tempo



Fonte: Autora

As falas surgiram inicialmente com cautela, mas rapidamente ganharam densidade. Relatos sobre identidade racial, experiências de discriminação e dúvidas sobre como lidar com o racismo no cotidiano profissional atravessaram a sala.

Ao compartilhar minha própria trajetória, inclusive as dificuldades em me reconhecer como mulher negra em determinados contextos, percebi que esse movimento autorizava outras pessoas a também revisitarem suas histórias.

Um dos momentos mais potentes foi a apresentação de imagens de pessoas negras historicamente apagadas, acompanhadas por um samba-enredo da Mangueira. O silêncio instaurado não era vazio, mas cheio de reflexão.

*Brasil, meu denço
A Mangueira chegou
Com versos que o livro apagou
Desde 1500 tem mais invasão do que descobrimento
Tem sangue retinto pisado
Atrás do herói emoldurado
Mulheres, tamoios, mulatos
Eu quero um país que não está no retrato.
(História pra ninar gente grande- samba enredo Mangueira 2019)*

Surgiram falas sobre o embranquecimento da história ensinada nas escolas e sobre como a população negra é frequentemente colocada como coadjuvante de um processo que construiu o país. Esse momento provocou deslocamentos importantes e revelou diferentes níveis de consciência racial entre os participantes.

Daí foram surgindo frases como:

“O samba é o refúgio para conhecer a minha cultura de verdade, porque a escola não conta tudo”

"Hoje eu conheço porque estudo, a escola nunca me contou isso"

"Hoje as coisas já atualizaram, mas antigamente a gente aprendia exatamente como essa linha do tempo"

“Até pouco tempo eu não me enxergava como uma mulher negra.”

Como, por exemplo, esta frase, que destaca o mito da democracia racial:

“Meu filho é um menino retinto e o pai dele é branco, às vezes preciso ensinar coisas que a branquitude não alcança, ele acha bobeira, mas eu sei que não é”

4.7 Curando as rachaduras do nosso Baobá:

Durante um dos momentos de troca, uma participante compartilhou um relato pessoal que fez referência a situações de violência racial reproduzidas no passado. Mesmo sendo apresentado como algo que hoje era reconhecido como inadequado, a forma de como foi dito causou impacto imediato e trouxe desconforto para o grupo, alterando o clima do encontro.

As frases ditas foram:

“Para mim racismo não existe, o que existe é preconceito... todos somos iguais”

“Se o segurança tá perseguindo ele, talvez ele não preste mesmo, assim sabe que ele seja do tráfico...”

“ Já desejei a uma amiga próxima que ela fosse colocada no tronco e recebesse 50 chibatadas, eu não sabia que esse desejo era RACISMO”

"Branco também sofre racismo, já fui chamada de branca azeda"

"Ninguém é melhor que ninguém, somos todos iguais, o branco, preto, azul

Desconforto, dor e agora. Isso era uma hipótese, mas ouvi-las as falas se materializar foi dolorido.

A fala evidenciou como mesmo em espaços pensados para diálogo e aprendizado, podem surgir narrativas que machucam e reativam dores profundas. Explicitando que falar sobre racismo exige cuidado, atenção e responsabilidade, pois nem toda experiência pode ser compartilhada sem considerar quem escuta e o peso histórico que essas palavras carregam.

Para mim, enquanto facilitadora iniciante e mulher preta, esse foi um dos momentos mais difíceis de sustentar. Fui atravessada por sentimentos intensos e, ao mesmo tempo, precisei manter o espaço acolhedor e respeitoso para todas as pessoas presentes. Foi um exercício delicado de escuta, manejo emocional e condução do grupo.

Nesse momento, o apoio das orientadoras, Michelle e Maria, foi essencial. Com a intervenção delas, o diálogo pôde ser reorganizado e transformado em reflexão.

Após o encontro, o episódio foi retomado, reforçando a importância de cuidar da forma como falamos sobre o racismo, para que o enfrentamento dessa realidade não reproduza novas violências, mesmo quando não há intenção de ferir.

“Eu sou uma mulher preta e meu enfrentamento é todo dia e aprendi isso na marra, mas não consigo resolver sozinha, precisamos de ajuda precisamos de letramento racial.”

“Tem frases no nosso dia a dia que machuca as pessoas precisam entender que tá errado”

Durante o curso, foi entregue um dicionário antirracista e atentadamente foi observado que o gesto simples de abri-lo e o repentino espanto nos olhos, pausas inesperadas, risos

contidos que logo davam lugar à inquietação. As páginas revelavam aquilo que era comum, expressões ditas sem pensar, frases repetidas como costume, agora nomeadas como racistas. “Dia de branco”, “tem caroço nesse angu”, surgiam comentários atravessados pela surpresa de quem descobre que a linguagem também carrega história, violência e memória.

Não era apenas a leitura de um dicionário, mas um encontro com o que nunca havia sido ensinado. Ali, palavra por palavra, o racismo deixava de ser algo distante e ganhava forma no cotidiano, convidando cada pessoa a rever o que diz, o que repete e o que precisa, repensar.

4.8 Fortalecendo nosso Caule

Durante o curso foi realizada a discussão de casos clínicos a partir de situações que envolviam a população negra, provocando assim uma reflexão sobre acolhimento, escuta qualificada, reprodução de estereótipos no atendimento em saúde.

Esses exercícios evidenciaram como práticas racistas podem ser reproduzidas de forma inconsciente e como é possível transformar o cuidado partir de um olhar antirracista.

Caso 1

Jovem negro de 19 anos chega à unidade de saúde com dor no braço após uma queda. Veste bermuda, chinelo e uma camiseta de time.

Enquanto espera atendimento, um ACS passa no corredor e comenta baixinho para outro:

“Olha a cara do crime aí, aposto que é do movimento”

Pouco depois, o agente de portaria da unidade se aproxima e fica seguindo o rapaz em todos os lugares”.

O rapaz fica constrangido, deixa a unidade antes do atendimento e não retorna.

Caso 2

Homem negro, 35 anos, desempregado, relata insônia e ouvir vozes, após ter sido abordado pela polícia de forma agressiva. Recebe prescrição e rótulo de “dramático”. Ao realizar uma VD o Acs descobre que o mesmo não tem saído de casa devido ao trauma e por isso se encontra desempregado.

Caso 3

Gestante negra, 27 anos, chega à unidade com dor de cabeça e inchaço em membros inferiores. A técnica orienta 'tomar bastante água e observar, você é negona, você aguenta”, sem avaliar PA. Evolui com eclâmpsia.

Caso 4

Mulher negra, 67 anos, comparece à unidade relatando queimaduras no couro cabeludo, após a realização de um relaxamento no cabelo, a mesma refere estar preocupada porque “Meu cabelo é pixaim sempre tenho que dar um jeito nele”, a profissional avalia as feridas e fala: “Pra ficar bonita tem que sofrer né”, logo após isso libera a paciente.

Durante a resolução dos casos, chamou atenção que a maioria dos grupos demonstraram grande dificuldade em lidar com a situação a partir do ponto em que o dano já havia ocorrido. Predominou a tendência de “refazer a história”, indicando como os profissionais se sentiam mais confortáveis em dizer como deveria ter sido do que em construir estratégias reais de enfrentamento para cenários já marcados pelo racismo. No entanto, a reflexão coletiva evidenciou que, na prática dos serviços, não é possível apagar o ocorrido, já que racismo já produziu efeitos e precisa ser enfrentado a partir deles.

A partir da discussão, surgiu de forma significativa o debate sobre responsabilização formal de profissionais de saúde em casos de racismo, foram discutidas possibilidades como advertência, encaminhamento para processos administrativos, demissão e, sobretudo, a necessidade de formação permanente em saúde com perspectiva antirracista, logo deixando evidente que a impunidade e o silenciamento reforçam a repetição dessas práticas.

Foi abordado a importância da notificação dos casos de racismo, compreendendo-a não como um ato investigativo ou punitivo, mas como ferramenta ética, política e institucional de enfrentamento. Durante a atividade, foi apresentada a ficha de notificação, reforçando que reconhecer o racismo como determinação social da saúde implica também produzir dados, visibilizar ocorrências e romper com a lógica da naturalização.

4.9 Florescer do nosso Baobá

Para sustentar o diálogo, utilizei o baobá como eixo metodológico do encontro. As raízes simbolizaram o passado e a ancestralidade; o tronco, o presente e as expressões do racismo estrutural; e a copa, o futuro e as possibilidades de transformação do cuidado. Essa metáfora permitiu compreender que o cuidado antirracista exige memória, análise crítica e compromisso com a mudança.

Como encerramento do evento distribui as folhas do nosso Baobá, para que os nossos participantes pudessem construir o futuro coletivamente através da escrita de como esse grupo deseja esperar o futuro.

"Eu quero levar o amor onde eu for. Quero ser a pessoa do sorriso acolhedor, o carinho que foi negado. Eu quero levar o SIM e abrir as portas da Saúde"

"Conhecimento"

"Acolher e ter atitude antirracista."

"Maior reflexão das nossas práticas a partir dos processos formativos, da literatura negra e da cultura afro-brasileira."

"Ter uma boa escuta e acolhimento para que a população negra se sinta acolhida e ouvida."

"Educação antirracista."

"Que minha filha se sinta linda com a cor e o cabelo que tem. Empoderamento das nossas crianças."

"Um SUS sem racismo, onde as pessoas respeitem umas às outras."

"Acesso, resistência e acolhimento."

"Mudaria a forma de olhar para a população negra dentro das unidades de saúde, para um acolhimento mais digno e humano."

"Buscar dar voz aos que sempre foram silenciados."

"Não basta não ser racista, é necessário ser antirracista."

"Um futuro sem racismo e com mais amor ao próximo. Empatia."

"Um futuro onde as crianças cresçam sem aprender o ódio, respeitando e valorizando a diversidade."

"Um cuidado e um olhar diferente do que eu tinha. Pessoas negras importam e têm direito a ser escutadas e acolhidas. Que no futuro o acolhimento e o acesso para pessoas negras melhorem."

"Melhorar a escuta ativa da história do paciente, a educação em saúde, o autoconhecimento e a autoaceitação."

"Acolhimento e escuta, com um espaço cada vez mais amplo para a população negra."

"Construção, educação e informação."

"O acolhimento adequado para pessoas negras é essencial para melhorar o serviço público de saúde."

"Por um país verdadeiramente equitativo, por um SUS fortalecido e sem racismo."

"Igualdade e respeito ao próximo, sem julgamento de raça, com valorização das diferenças."

"Exaltar artistas favelados."

“Igualdade.”

“Desejo um futuro respeitoso, empático e igualitário em oportunidades, lazer, estudo, trabalho, saúde e nas questões raciais, de forma antirracista.”

“Uma sociedade menos polarizada, onde todos tenham acesso equânime.”

“A cor não define as pessoas.”

Ler essas folhas foi como ouvir o futuro sussurrar, encerrar o encontro assim foi bonito, potente e profundamente gratificante. Uma experiência única, que deixou o corpo em paz e o coração cheio, encerrei o curso com a certeza de que algo floresceu, talvez ainda pequeno, mas vivo, enraizado e pulsando em cada pessoa tocada por esse encontro.

Como estratégia de avaliação do curso, foi utilizada a ferramenta avaliativa **“Que bom, que pena, que tal”**, com o objetivo de identificar percepções, limites e potencialidades da atividade, bem como analisar se a proposta formativa atingiu seus objetivos.

A partir dessa metodologia, foi possível reunir impressões dos participantes sobre o conteúdo, a condução, o impacto do encontro e os desdobramentos desejados, permitindo uma análise qualitativa do processo educativo e subsidiando reflexões para o aprimoramento e a continuidade das ações no âmbito da unidade.

Que bom

Os participantes destacaram de forma recorrente a relevância da temática, reconhecendo o curso como uma iniciativa necessária, corajosa e alinhada às demandas do cotidiano da unidade. Foi valorizada a abordagem didática, dialógica e acolhedora, que favoreceu a escuta, o debate e a troca entre diferentes categorias profissionais. O espaço foi percebido como formativo, fortalecendo a equipe, a unidade e o SUS, além de estimular reflexões críticas sobre práticas profissionais, racismo e cuidado em saúde. Também houve reconhecimento do impacto pessoal e coletivo do encontro, descrito como momento de aprendizado, sensibilização e empoderamento.

Que pena

As principais fragilidades apontadas referem-se à baixa adesão de todos os profissionais, ao tempo reduzido frente à complexidade do tema e ao fato de a atividade não ocorrer de forma contínua. Os participantes expressaram frustração pelo encerramento do minicurso, pela

incerteza quanto à sua continuidade e pela ainda limitada visibilidade da temática do racismo nos espaços institucionais. Também foi mencionada a persistência de falas racistas no cotidiano, evidenciando a necessidade de aprofundar e manter ações educativas permanentes.

Que tal

Os participantes sugeriram que a temática se torne recorrente e estruturada como parte da Educação Permanente em Saúde, com ampliação do acesso por meio de atividades presenciais, virtuais ou híbridas. Foram propostas novas edições do minicurso, ampliação para outros espaços e serviços, certificação, maior divulgação e participação obrigatória. Destacou-se a importância de criar espaços permanentes de escuta, formação e qualificação, incluindo discussões sobre racismo institucional, notificações e acesso da população negra à saúde. Também surgiram propostas de atividades extramuros, valorização da história e da memória negra no território e estímulo à incorporação dos aprendizados na prática cotidiana da unidade.

5. DISCUSSÃO

A predominância de mulheres no evento não se configura como um achado circunstancial, mas reflete um processo histórico de feminização do trabalho e da educação em saúde no Brasil. Conforme discutido na obra *Mulheres e Saúde: as diferentes faces da inserção feminina no trabalho e na educação em saúde*, a constituição do campo da saúde está associada à naturalização do cuidado como atributo feminino, o que resultou na ampla presença de mulheres, sobretudo em funções vinculadas ao contato direto, à escuta e ao acompanhamento contínuo dos usuários. Embora amplie a participação feminina, não está necessariamente relacionado valorização profissional ou equidade nas condições de trabalho (*Mulheres e Saúde*, 2022).

Nesse sentido, a expressiva participação feminina no encontro de formação permanente dialoga com a sobrecarga histórica atribuída às mulheres nos serviços de saúde, especialmente no âmbito do SUS, onde o cuidado cotidiano é sustentado majoritariamente por trabalhadoras. O livro aponta que a educação em saúde também reproduz essa lógica, concentrando mulheres nos espaços formativos, muitas vezes como resposta à necessidade constante de atualização frente a contextos de precarização, responsabilização excessiva e exposição a violências institucionais (*Mulheres e Saúde*, 2022).

Assim, o perfil das participantes do evento pode ser compreendido como expressão das desigualdades estruturais que atravessam gênero, trabalho e cuidado.

Além disso, a obra ressalta que a feminização do trabalho em saúde se entrelaça a outros marcadores sociais, como raça e classe, produzindo experiências distintas entre as mulheres que compõem essa força de trabalho. Tal perspectiva reforça a importância de espaços de educação permanente que não apenas atualizem saberes técnicos, mas promovam reflexão crítica sobre racismo institucional, ética do cuidado e responsabilização profissional. Dessa forma, a maioria feminina do evento evidencia tanto a centralidade das mulheres na sustentação dos serviços de saúde quanto a urgência de processos formativos que reconheçam e enfrentem as desigualdades que atravessam suas trajetórias profissionais (Mulheres e saúde, 2022).

A abordagem do racismo nos espaços de formação em saúde é compreendida como um processo desafiador, marcado por silenciamentos históricos e tensões sobre os sentidos atribuídos às práticas de cuidado. Estudos indicam que, ao pautar o racismo diretamente, revelam-se estruturas coloniais ainda presentes nas instituições, o que evidencia lacunas formativas e dificuldades éticas no debate sobre as desigualdades raciais (Almeida, 2020; Batista; Silva, 2021).

Evidenciou-se a ocorrência de falas que geram desconforto coletivo é interpretada como uma manifestação do racismo estrutural nos ambientes de trabalho. A literatura reforça que o racismo se sustenta em narrativas aceitas socialmente e muitas vezes repetidas sem reflexão crítica. Tais discursos atualizam violências históricas e reforçam hierarquias raciais, especialmente quando não há um letramento racial suficiente para identificar seus impactos (Werneck, 2022; Lopes, 2022).

É notável que a lembrança de práticas violentas, mesmo em contextos educativos, afeta o aprendizado e o bem-estar dos envolvidos. Esses episódios demonstram que a ausência de responsabilidade sobre o que é dito pode comprometer a segurança dos ambientes formativos. Por essa razão, defende-se a necessidade de pactos éticos claros sempre que o tema do racismo foi discutido em espaços institucionais (Souza et al., 2023; Ministério da Saúde, 2023).

No campo da Educação Permanente em Saúde, admite-se que conflitos são inerentes aos processos formativos críticos. No entanto, tais situações exigem uma mediação qualificada, capaz de transformar o desconforto em reflexão coletiva, sem que a violência seja banalizada ou a responsabilidade ética dos sujeitos seja ignorada. A falta dessa mediação tende a enfraquecer o aprendizado e a aprofundar as desigualdades já existentes (Ceccim; Merhy, 2021; Batista; Silva, 2021).

O suporte institucional é identificado na produção acadêmica como um elemento essencial para sustentar esses processos. Estudos defendem que a responsabilidade compartilhada entre facilitadores e participantes fortalece o espaço formativo e permite que as

tensões sejam trabalhadas de modo crítico. Reafirma-se, assim, que a educação antirracista não ocorre de forma isolada, mas como uma prática contínua da própria instituição (Ceccim; Merhy, 2021; Werneck, 2022).

A discussão de casos clínicos aparece como uma estratégia eficaz para enfrentar o racismo institucional na APS. As evidências demonstram que o racismo influencia o acesso e a qualidade do atendimento à população negra, com impactos visíveis na saúde da mulher, no reconhecimento da dor e nas práticas de parto. Por isso, considera-se fundamental problematizar essas questões no cotidiano dos serviços (Leal et al., 2021; Lopes, 2022).

Ao analisar coletivamente essas situações, os espaços de formação permitem identificar condutas naturalizadas e construir alternativas de cuidado mais justas. A literatura aponta que a união entre o estudo de casos reais e o debate sobre o racismo estrutural contribui para transformar a atuação profissional, fortalecendo um SUS comprometido com a equidade e o cuidado integral (Ministério da Saúde, 2023; Batista; Silva, 2021).

Em suma, a produção acadêmica converge ao afirmar que o enfrentamento do racismo na saúde exige processos formativos éticos que superem ações isoladas. A educação antirracista, quando mediada e apoiada institucionalmente, torna-se uma ferramenta central para revisar o cuidado, reduzir as injustiças e consolidar o Sistema Único de Saúde como uma política de justiça social (Almeida, 2020; Werneck, 2022; Ministério da Saúde, 2023).

No contexto analisado, o pacto da branquitude se manifesta a partir da tendência coletiva de minimizar falas e condutas racializadas, bem como na dificuldade em lidar com o dano já produzido pelas práticas racistas. A preferência por “refazer a história” indicando como a situação deveria ter ocorrido em detrimento da construção de estratégias de enfrentamento a partir da realidade concreta evidencia a atuação desse pacto como estratégia de autopreservação institucional. Conforme aponta Bento, a branquitude se organiza para manter uma imagem de normalidade, competência e neutralidade, mesmo quando essa postura contribui para a reprodução de desigualdades e violências raciais.

Além disso, o pacto da branquitude atua diretamente na fragilização dos processos de responsabilização ética, uma vez que desloca o foco do impacto das práticas para a intenção dos sujeitos envolvidos. Essa lógica dificulta a notificação, a formalização dos casos de racismo e o reconhecimento do racismo como determinação social da saúde, reforçando a ideia de que tais episódios são pontuais ou fruto de mal-entendidos. Para Bento (2016), romper com esse pacto exige disposição institucional para enfrentar conflitos, rever privilégios e assumir posicionamentos antirracistas que ultrapassem o campo discursivo.

Portanto, a discussão o pacto da branquitude nos espaços de educação permanente em saúde torna-se fundamental para compreender por que o racismo, mesmo quando reconhecido teoricamente, encontra barreiras para ser enfrentado na prática. Segundo Bento romper com esse pacto implica deslocar o silêncio para a responsabilização, a neutralidade para o posicionamento ético e a manutenção da ordem para a transformação das práticas de cuidado. Nesse sentido, a educação antirracista configura-se como um processo político e institucional, que necessita de suporte organizacional e compromisso contínuo com a equidade no Sistema Único de Saúde.

6. CONCLUSÃO

Conclui-se que este trabalho evidenciou que o enfrentamento do racismo institucional no âmbito da APS não pode ser compreendido como uma ação pontual ou restrita a eventos isolados de sensibilização, trata-se de um processo contínuo, ético e político, que exige sustentação institucional, mediação qualificada e compromisso coletivo com a revisão de práticas historicamente naturalizadas no cuidado em saúde.

A experiência analisada demonstrou que a discussão de casos clínicos envolvendo a população negra constitui uma estratégia potente para tornar visíveis desigualdades raciais, tensionar silenciamentos e provocar deslocamentos críticos nos modos de cuidar.

A expressiva participação de mulheres no evento de educação permanente reforçou a centralidade feminina na sustentação cotidiana dos serviços de saúde e evidenciou como gênero, raça e trabalho se articulam na produção do cuidado. Tal cenário reafirma que os espaços formativos no SUS cumprem papel fundamental não apenas na atualização técnica, mas na construção de reflexões críticas sobre ética, responsabilização profissional, racismo institucional e pacto da branquitude.

Os desconfortos, conflitos e resistências observados durante o processo formativo não devem ser interpretados como fragilidades, mas como elementos constitutivos de práticas educativas comprometidas com a transformação institucional.

Os achados deste estudo apontam para a necessidade de fortalecimento da Educação Permanente em Saúde, recomenda-se que a gestão da unidade incorpore de forma sistêmica ações educativas com abordagem antirracista, articuladas ao cotidiano do trabalho e às demandas do território.

Entre as estratégias possíveis, destaca-se a realização de grupos reflexivos com trabalhadores da saúde, utilizando casos reais do serviço, narrativas do território e situações-problema que permitam analisar práticas, decisões e omissões à luz do racismo estrutural. Esses

grupos devem contar com pactos éticos claros, mediação qualificada e corresponsabilização institucional, garantindo ambientes seguros para o debate e para a elaboração coletiva dos conflitos.

No âmbito da educação permanente e continuada, sugere-se a implementação de ciclos formativos regulares, com encontros periódicos, que abordam temas como racismo institucional, branquitude, saúde da população negra, notificação de violências e responsabilização ética. Tais ações podem incluir oficinas, estudos dirigidos, rodas de conversa, análise de indicadores do território e momentos de avaliação das práticas do serviço, a continuidade dessas formações é fundamental para evitar a fragmentação das ações e consolidar mudanças efetivas no cuidado.

Destaca-se também o potencial do Programa Saúde na Escola (PSE) como estratégia intersetorial para a promoção da equidade racial. Recomenda-se que as equipes de saúde desenvolvam, no âmbito do PSE, ações voltadas ao enfrentamento do racismo desde a infância e adolescência, como rodas de conversa com estudantes, oficinas lúdicas sobre identidade racial, autoestima e direitos, além de atividades que abordem o impacto do racismo na saúde mental. Essas ações podem contribuir para a prevenção do sofrimento psíquico e das violências simbólicas, fortalecendo vínculos entre escola, família, comunidade e serviços de saúde.

No que se refere à gestão da unidade, sugere-se o incentivo à criação de planos institucionais de enfrentamento ao racismo, com definição de fluxos para notificação, acompanhamento de casos e responsabilização ética quando necessário, promoção de cursos e capacitações em parceria com instituições de ensino, movimentos sociais e coletivos especializados na temática racial pode ampliar a qualificação das equipes e fortalecer o compromisso institucional com a equidade e a inserção dessas ações no planejamento anual da unidade.

Portanto, conclui-se que a experiência analisada demonstra que a EPS, quando incorporada ao cotidiano do trabalho e às vivências do território, pode produzir mudanças significativas nas práticas de cuidado. Ao trazer o racismo para o centro do debate, o processo formativo evidenciou não apenas as desigualdades existentes, mas também as possibilidades de construção coletiva de um cuidado mais ético, sensível às diferenças e comprometido com a mitigação das barreiras de acesso aos serviços de saúde, a partir da adoção de práticas antirracistas no cotidiano profissional.

Assim, reafirma-se a necessidade de manter e aprofundar iniciativas que reconheçam o racismo como determinação social da saúde e que fortaleçam o SUS como espaço de cuidado, aprendizagem e transformação.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Silvio Luiz de. *Racismo estrutural*. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2020.

ANUNCIAÇÃO, L. C. S. et al. (Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 3861–3870, 2022. DOI: 10.1590/1413-812320222710.08072022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Lqd6jsjQByrvCVyxWCxkqjN/>.

BARBOSA, F. Curso ensina letramento racial a trabalhadores do SUS. *Agência Brasil*, Brasília, 15 dez. 2024. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2024-12/curso-ensina-letramento-racial-trabalhadores-do-sus>.

BENTO, Maria Aparecida Silva. *Pactos narcísicos no racismo: branquitude e poder nas organizações empresariais e no poder público*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2002.

BENTO, Maria Aparecida Silva. *O pacto da branquitude*. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009*. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Diário Oficial da União, Brasília, 14 maio 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento: processo constitutivo das práticas de produção e promoção da saúde. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizaus/glossario-pnh/acolhimento>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BREILH, Jaime. *A nova epidemiologia crítica e o desafio da saúde no Brasil: repensando a teoria e a prática*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BREILH, Jaime. *Epidemiologia crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/159773438.pdf>.

CAPES. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Considerações sobre classificação de produção técnica e tecnológica (PTT): Enfermagem. Brasília: Ministério da

Educação, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/documentos/avaliacao/ENF_ConsideraessobreClassificaodeProdutoTcnicaeTecnolgi ca.pdf.

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais da saúde no Brasil: um panorama. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 0, p. 7–18, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; MERHY, Emerson Elias. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 25, e210135, 2021.

COSTA, L. O. Acolhimento antirracista como prática de cuidado na saúde da população negra. *Feminismos e Saúde*, Salvador, v. 1, n. 1, p. 12–25, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/femsaude/article/view/11587>.

DORO, Marcelo. 39. A significação do Baobá na cultura africana. Paradigmas. Disponível em: <https://www.paradigmas.com.br/revista/31/edicao-39/492-significacao-do-baoba-na-cultura-africana>

FANON, Frantz. *Pele negra, máscaras brancas*. 3. ed. Salvador: EDUFBA, 2008.

GONZALEZ, Lélia. *Por um feminismo afro-latino-americano*. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

IF GOIANO. Pesquisas que não precisam de avaliação – Sistema CEP/CONEP. Publicado em 08 jul. 2022; atualizado em 29 abr. 2025. Disponível em: <https://www.ifgoiano.edu.br/home/index.php/component/content/article/76-comites/comite-de-etica-em-pesquisa/20739-pesquisas-que-nao-precisam-de-avaliacao-sistema-cep-conep.html>.

KALCKMANN, S. et al. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 146-155, maio/ago. 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, 2010. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/>.

SERPA, D. Racismo como barreiras de acesso na atenção primária e os impactos na saúde da população negra. *Projeto de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade*, 2025. Disponível em: <https://sigaenf.subpav.org/node/1482>.

SILVA, M. R. C. et al. “Mesmo que a gente seja a mão que cuida”: médicas negras e racismo estrutural na atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, e07622023, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024293.07622023. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2024.v29n3/e07622023/>.

SILVA, T. O. et al. Plano de indicadores para monitoramento da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, p. 86–101, 2021. Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/4559>.

SOUZA, B. T. N. et al. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a redução das desigualdades raciais no SUS. *International Seven Journal of Multidisciplinary*, v. 4, n. 2, p. 45–54, 2020. Disponível em: <https://sevenpublicacoes.com.br/ISJM/article/view/1505>.

TOCHETTO, E. B. et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde pela população negra: facetas do racismo institucional. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 26, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/e262340317>.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. esp., p. 33–43, 2016. DOI: 10.1590/0103-11042016S04.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 31, n. 2, e210570, 2022.