

## Saúde da População Negra: percepção de residentes e preceptores de Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade

Health of the Black Population: perception of residents and preceptors of Family Health and Family and Community Medicine

*Salud de la Población Negra: percepción de residentes y preceptores de Salud de la Familia y Medicina de Familia y Comunidad*

Camila Carvalho de Souza Amorim Matos<sup>a</sup>  
Francis Solange Vieira Tourinho<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC (PMF). Florianópolis, SC, Brasil.  
camilacarvalhoamorim@gmail.com  
(Autor correspondente)

<sup>b</sup> Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil.  
francistourinho@gmail.com

### Resumo

**Objetivo:** Avaliar o conhecimento de profissionais envolvidos nos programas de residência em Saúde da Família de Florianópolis, SC, Brasil, sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). **Métodos:** Trata-se de pesquisa quantitativa, descritiva, com dados primários coletados por meio de questionário. **Resultados:** Observa-se que a maioria desses profissionais sabe da existência da PNSIPN e a considera importante, mas nunca a leu. Observa-se também a percepção de que políticas afirmativas tendem a reforçar a discriminação, mesmo quando todos os respondentes acreditam existir racismo no Brasil. A maioria dos residentes disse não conhecer o conceito de racismo institucional. **Conclusão:** A Residência revelou-se um processo formativo falho neste tema.

**Palavras-chave:** Saúde da População Negra; Política de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Capacitação de Recursos Humanos em Saúde

### Abstract

**Objective:** To evaluate the knowledge about the professionals involved in the National Policy on Black Population Integral Health (PNSIPN) of the Family Health residence programs of Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. **Methods:** It is a quantitative, descriptive research with primary data collected through a questionnaire. **Results:** It is observed that the majority of these professionals know the PNSIPN and considers it important, but never read it. It is also observed the perception that affirmative policies tend to reinforce discrimination, even when all the interviewees believe there is racism in Brazil. Most residents said they did not know the concept of institutional racism. **Conclusion:** Residence proved to be a failed formative process in this theme.

**Keywords:** Health of Ethnic Groups; Health Policy; Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Human Resource Training

**Como citar:** Matos CC, Tourinho FS. Saúde da População Negra: percepção de residentes e preceptores de Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-12. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1712](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1712)

**Fonte de financiamento:**  
declaram não haver.

**Parecer CEP:**  
2.270.572 (Hospital Governador Celso Ramos - HGCR), aprovado em 12/09/2017.

**Conflito de interesses:**  
declaram não haver.

**Procedência e revisão por pares:**  
revisado por pares.  
Recebido em: 06/03/2018.  
Aprovado em: 15/05/2018.

## Resumen

---

**Objetivo:** Evaluar el conocimiento de profesionales de los programas de residencia em Salud de la Familia del municipio de Florianópolis, Santa Catarina, Brazil, sobre la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra (PNSIPN). **Métodos:** Se trata de una investigación cuantitativa, descriptiva, con datos primarios recogidos a través de un cuestionario. **Resultados:** Se observa que la mayoría de estos profesionales sabe de la existencia de la PNSIPN y la considera importante, pero nunca la ha leído. Se observa también la percepción de que políticas afirmativas tienden a reforzar la discriminación, aun cuando todos los encuestados creen existir racismo en Brasil. La mayoría de los residentes dijo no conocer el concepto de racismo institucional. **Conclusión:** La residencia se revelo un proceso formativo imperfecto en este tema.

**Palabras clave:** Salud de las Minorías Étnicas; Política de Salud; Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Capacitación de Recursos Humanos en Salud

---

## Introdução

Os programas de residência são pós-graduações *lato sensu* que visam aprimorar profissionais já formados em determinada área específica. Dividem-se em residência médica –destinada a profissionais médicos– e multiprofissional –destinada a todas as categorias profissionais da saúde, excetuando-se a médica. Assim, os programas de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e em Saúde da Família visam formar profissionais para a Atenção Primária à Saúde (APS), comprometidos com o Sistema Único de Saúde (SUS) e adequados às realidades locais.<sup>1</sup>

A Atenção Primária à Saúde se caracteriza pela vinculação com a comunidade e, conseqüentemente, com as diversidades. A dificuldade em lidar com a pluralidade do território compromete a atenção prestada àquela população. Portanto, a APS deve sempre considerar o indivíduo em sua singularidade e dentro do seu contexto sociocultural.<sup>2,3</sup>

Sabe-se que a maioria da população brasileira declara-se preta ou parda, ou seja, negra.<sup>4</sup> Sabe-se, ainda, que a população negra é SUS-dependente: estudos revelam que 76% dos atendimentos e 81% das internações no SUS são de usuários negros e negras.<sup>5</sup>

Além disso, é conhecido que grupos raciais diferentes possuem experiências de saúde e doença também diferentes,<sup>6</sup> além das características socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas, que também refletem na saúde desses grupos.<sup>7,8</sup>

Diversas peculiaridades são conhecidas e atestadas por pesquisas científicas: as prevalências de doenças crônicas, de casos de violência, de mortalidade materna e infantil e de mortalidade por certas doenças negligenciadas são conhecidamente maiores na população negra.<sup>9</sup> Não apenas isso: até mesmo a expectativa de vida das mulheres negras é menor que das mulheres brancas.<sup>10</sup> Como colocado por Batista et al.,<sup>11</sup> “a morte negra é uma vida desfeita, e não um fim de vida”.

A equidade, um dos pilares do Sistema Único de Saúde brasileiro, baseia-se em um princípio de “justiça redistributiva”, que, em síntese, significa não fornecer serviços iguais para grupos populacionais diferentes e sim reparar situações de desigualdade por meio da oferta adequada de serviços e condições de vida e saúde.<sup>12</sup>

Assim, em 2006 o Ministério da Saúde reconhece o conceito de racismo institucional.<sup>13</sup> Em 2009 foi lançada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, cuja marca é “o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais e condições de saúde, com vistas à promoção de equidade em saúde”.<sup>9</sup> A instituição dessa Política é o marco de uma longa caminhada, na qual os movimentos sociais foram fundamentais.<sup>14,15</sup>

Sendo a Atenção Primária à Saúde conhecida por seu papel coordenador do cuidado e responsável pela integralidade e longitudinalidade na saúde da população,<sup>16</sup> é também –e principalmente– neste nível de atenção que as políticas públicas são colocadas em prática. Dessa forma, os profissionais de saúde que atuam diretamente com a população têm grande responsabilidade, pois lidam diretamente com os sujeitos vítimas dos processos discriminatórios.<sup>3,17,18</sup>

Um estudo de 2017 demonstra associação entre a expansão do Programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil e a redução de iniquidades raciais em saúde, como, por exemplo, a redução da mortalidade por causas evitáveis entre a população negra em comparação à branca.<sup>19</sup>

Sendo assim, conhecer a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é essencial para qualquer profissional da saúde, especialmente para os profissionais da APS. Trata-se de uma política recente, publicada pelo Ministério da Saúde em 2009, através da portaria 992, de maio de 2009.<sup>20</sup> É um desafio sensibilizar os profissionais de saúde sobre sua importância, tendo em vista que muitos nem sequer a conhecem ainda.<sup>21</sup>

O objetivo deste trabalho foi avaliar o conhecimento de profissionais envolvidos nos programas de residência em Saúde da Família do município de Florianópolis sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, considerando a importância desta temática e o caráter formativo que os programas de residência devem ter.

## Métodos

Trata-se de estudo quantitativo, descritivo, com dados primários coletados por meio de questionário autoaplicável criado com a ferramenta *Google Forms*<sup>®</sup>, que possibilita criação de formulários *online*. O questionário constava de 15 perguntas, sendo 4 perguntas relativas ao perfil dos respondentes (idade, cor etc.), 5 perguntas relativas ao conhecimento e opinião dos profissionais sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e 6 perguntas relativas às percepções do respondente sobre o racismo e seus impactos na saúde e nos serviços prestados. O *link* para acessar o questionário foi enviado aos grupos de e-mail dos programas de residência e dos residentes.

## Período e local de estudo

O estudo foi realizado no município de Florianópolis, Santa Catarina, e os dados coletados entre os meses de setembro e novembro do ano de 2017.

## População de estudo

Foram incluídos todos residentes de todas as categorias profissionais dos três programas de residência em MFC/Saúde da Família atuantes no município: 1) os residentes das turmas 2016-2018 e 2017-2019 do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF); 2) os residentes das turmas 2016-2018 e 2017-2019 do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da PMF; 3) os residentes das turmas 2016-2018 e 2017-2019 do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Além destes, também foram incluídos todos os preceptores do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da PMF.

Não foram incluídos na população de estudo os preceptores de ambos os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família devido à impossibilidade de obter seus endereços de e-mail.

Após a aplicação dos questionários e coleta dos dados, foram excluídos da população de estudo os residentes do programa da UFSC devido à não obtenção de respostas suficientes, inviabilizando o uso devido à não significância estatística.

### **Processamento de dados e análise estatística**

As respostas ao questionário pela ferramenta *Google Forms*<sup>®</sup> foram automaticamente enviadas para uma planilha do *software Microsoft Excel*<sup>®</sup>, mesmo *software* que foi utilizado para fins de análise estatística. A análise foi realizada mediante estatística descritiva (frequências absoluta e relativa).

### **Aspectos éticos**

Este projeto foi aprovado pela Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Governador Celso Ramos (parecer nº 2.270.572), conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares.

Os participantes desta pesquisa foram devidamente esclarecidos quanto à importância deste estudo e seus possíveis riscos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi enviado via correio eletrônico, junto ao questionário. Todos os participantes que responderam ao questionário confirmaram terem lido previamente o TCLE e autorizaram o uso dos dados para esta pesquisa.

### **Resultados**

Dos 147 indivíduos para os quais o questionário foi enviado (119 residentes e 28 preceptores), 115 o responderam, acima do necessário para alcançar Intervalo de Confiança de 95% e erro amostral de 5%. Destes 115 respondedores, 93 eram residentes (de todas as categorias profissionais) e 22 eram preceptores do programa de residência médica.

Quanto ao sexo, 86 (74,78%) eram do sexo feminino e 29 (25,22%) do sexo masculino. A idade média foi de  $29,90 \pm 7,15$  anos. A maioria dos indivíduos era branca (82,61%), enquanto 16,52% se autodeclararam negros (pretos ou pardos). Uma pessoa (0,87%) se declarou amarela. Os dados revelam, assim, o perfil dos profissionais envolvidos nos programas de residência estudados: mulheres brancas e jovens.

Quando questionados sobre a existência da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), 75,65% alegou saber que a política existe. A proporção foi maior para os preceptores (95,5%) do que para os residentes (71%).

A maioria dos respondentes referiu ter conhecido a PNSIPN durante o período em que estava na residência, porém em uma atividade não relacionada a ela (35,65%), enquanto apenas sete pessoas a conheceram na residência (6,09%).

Mesmo uma maioria referindo conhecer a Política em questão, apenas 19 respondentes (16,52%) afirmam tê-la lido. Dentre os residentes, 86% nunca a leram e, dentre os preceptores, 72,7% também não. A maioria dos respondentes diz nunca ter utilizado, de alguma forma, na sua prática profissional a PNSIPN (85,22%).

A grande maioria dos respondentes diz considerar a PNSIPN necessária (94,78%). Dentre as seis pessoas (5,22%) que não a consideraram necessária, nenhuma é negra.

A maioria também considera a PNSIPN importante para se atingir a equidade no Sistema Único de Saúde (82,61%); os outros 16,52% dizem que a consideram importante, porém acreditam que políticas como essa tendem a reforçar a discriminação racial, sendo 4,5% dos preceptores e 19,3% dos residentes. Um residente (0,87%) e nenhum preceptor respondeu que não considera esta Política importante. Todos os 17,39% dos respondentes que acreditam que a Política reforce a discriminação racial ou que não a consideram importante são brancos.

Quando questionados sobre o conceito de 'racismo institucional', a maioria dos preceptores alegou conhecê-lo (72,7%), enquanto apenas a minoria dos residentes alegou conhecê-lo (40,9%).

Praticamente todos os respondentes (99,13%) disseram acreditar que existam diferenças significativas entre os grupos raciais no âmbito da saúde (agravos, causas de mortalidade etc). Porém, destaca-se que um respondente (residente) respondeu "não" a essa questão.

Todos os respondentes, preceptores e residentes acreditam que exista racismo no Brasil. A grande maioria deles acredita que o racismo influencie na saúde das pessoas (98,26%).

Ainda assim, 28,7% dos respondentes não acha que exista diferenças no tratamento dos usuários/pacientes devido a sua raça/cor, por parte dos profissionais de saúde. Todos os preceptores que acham que essas diferenças não existem são brancos, acreditam que existe racismo no Brasil e que o racismo influencia na saúde das pessoas. Dentre os residentes que acreditam que essas diferenças não existem, 22,2% são negros e acham que existe racismo no Brasil.

## Discussão

### Resumo dos principais achados

O perfil de profissionais encontrado foi: maioria feminina, branca e jovem. A maioria dos respondentes referiu saber que PNSIPN existe e a conheceu fora da residência, porém apenas 16,52% refere tê-la lido.

A maioria dos respondentes considera a Política necessária e importante para se atingir a equidade em saúde, porém 16,52% acredita que políticas como esta tendem a reforçar a discriminação racial e um residente (0,87%) não a considera importante.

A maioria dos preceptores e a minoria dos residentes refere conhecer o conceito de racismo institucional.

Todos os respondentes acreditam haver racismo no Brasil e a grande maioria acredita que o racismo influencie na saúde das pessoas. Quase todos acreditam que existam diferenças significativas entre grupos raciais distintos no âmbito da saúde. Porém, mesmo assim, 28,7% não acha que existam diferenças no tratamento dos usuários/pacientes devido a sua raça/cor, por parte dos profissionais de saúde.

### Comparação com a literatura já existente

É importante e necessário que a temática racial em saúde seja mais difundida entre os profissionais.<sup>7</sup> Em um trabalho desenvolvido com gestores municipais do SUS, uma das dificuldades levantadas por eles para a implantação da PNSIPN foi a falta de conhecimento sobre a Política ou sua importância por parte dos profissionais de saúde, resultando, assim, em pouco apoio.<sup>22</sup>

A educação é essencial para o desenvolvimento e construção sociais, por meio da formação de profissionais qualificados e adequados às necessidades da sociedade, bem como capazes de refletir criticamente sobre seu trabalho.<sup>23,24</sup> A educação em saúde, focada em um formato “hospitalocêntrico” e não subjetivo, não condiz com os princípios e diretrizes previstos pelo SUS.<sup>21,25-27</sup>

Neste trabalho, encontrou-se que apenas 6,09% dos respondentes conheceu a PNSIPN em uma atividade da residência. As residências em Saúde da Família, que visam formar profissionais para a APS, devem investir na formação de profissionais críticos e atuadores na realidade social.

Assim, o processo de formação de recursos humanos em saúde deve ter como pilares fundamentais: (1) o pensamento crítico e produtivo, (2) o ensino em consonância com o serviço, (3) a conscientização do aluno frente à realidade da população, (4) a autonomia individual e coletiva, e (5) o aprendizado baseado nos problemas da população assistida, de modo que o profissional atue como sujeito transformador da realidade.<sup>28</sup> (p. 283)

Considerando que a grande maioria dos respondentes nunca leu a Política em questão, pode-se pressupor que já tenham, sim, utilizado alguma das diretrizes desta Política em sua prática, porém não consigam identificar pois a desconhecem. Em estudo qualitativo realizado com gestores municipais sobre a PNSIPN, a minoria deles afirmou estar implantando essa política em seu município, porém a maioria citou estar aplicando ações previstas na Política, levando a pensar que o desconhecimento os faz negar estar implantando.<sup>22</sup>

Neste trabalho, uma parte dos respondentes referiu acreditar que políticas como a PNSIPN tendem a reforçar a discriminação racial, e esse achado coincide com outros trabalhos. Em uma pesquisa realizada com usuários do SUS negros e negras, a maioria também confirma a importância dessas políticas (60,9%), mas 52,7% declararam que as mesmas tendem a reforçar a discriminação racial.<sup>29</sup>

A PNSIPN é considerada uma política afirmativa, uma vez que objetiva reparar iniquidades históricas e atuais.<sup>30</sup> Hannah Arendt (1998 *apud* Rinehart 2013, p. 27) disserta sobre a incapacidade política de responder à diversidade e pluralidade dos homens, afirmando que a política organiza essas diversidades de acordo com uma igualdade relativa.<sup>22</sup>

Há pesquisadores que veem as ações afirmativas como de cunho pedagógico, pois promovem reflexão, debate e, conseqüentemente, transformações culturais e sociais.<sup>31</sup> As políticas de saúde funcionam, ainda, como definidoras do modelo de sociedade que se deseja. Assim, a PNSIPN tem um caráter civilizatório: defende um modelo de sociedade sem racismo.<sup>22</sup>

O discurso de que políticas reparadoras constituem-se em privilégio para a população favorecida por elas aparece em alguns trabalhos, bem como a idéia de que essas políticas possam reforçar a discriminação. Essas ideias reproduzem os processos discriminatórios através de discursos que pregam a justiça e a igualdade, porém se opõem às políticas que visam atingir de fato esses fins.<sup>23</sup> A PNSIPN é descrita em outros trabalhos por profissionais da APS como concessão de privilégio ou “racismo ao contrário”,<sup>2</sup> alegando o discurso de “igualdade”.<sup>32</sup> Percebe-se que esses profissionais não conseguem observar a dimensão de justiça distributiva presente nestas políticas, em que a igualdade formal “para todos” cede lugar às particularidades de cada grupo visando atingir a justiça social.<sup>33</sup>

O conceito de racismo institucional, desconhecido para a maioria dos residentes que responderam a esta pesquisa, também ainda é pouco difundido e conhecido dentre os profissionais de saúde em geral. Em um trabalho desenvolvido com psicólogos de serviços hospitalares públicos, nenhum dos profissionais entrevistados conseguiu definir o que seria o racismo institucional.<sup>17</sup>

O racismo institucional vai além das relações interpessoais: está difuso institucionalmente, na organização e funcionamento das instituições. Esse processo foi legitimado pelo Estado, o que justifica também a necessidade de políticas que reparem as iniquidades consequentes a ele.<sup>34</sup>

Além disso, a pouca adesão dos municípios à PNSIPN também reflete essa estrutura opressora e reprodutora do racismo, afinal de contas instituir uma política pública e não implantá-la consiste em um grave problema de gestão. Utilizando a metáfora feita por da Cruz,<sup>35</sup> é como se um profissional da saúde fizesse um diagnóstico, definisse o tratamento e não o executasse, o que incorre em falta ética.

O processo saúde-doença da população negra é determinado, além das questões biológicas e genéticas envolvidas, pela falsa democracia racial que se acredita viver no Brasil, mito este que invisibiliza o racismo.<sup>36,37</sup> O racismo, enraizado na cultura brasileira, leva a diversas restrições materiais, espaciais e sociais.<sup>38</sup> Como consequência, não apenas o acesso aos serviços de saúde é dificultado, como também a qualidade do serviço prestado.<sup>6</sup> Esse é um dos motivos pelos quais os fatores socioeconômicos sozinhos não explicam toda a situação de desvantagem em saúde da população negra, apesar de serem importantes na relação raça/cor e saúde.<sup>39</sup>

Diversos estudos nacionais e internacionais já apontaram que a discriminação cria limitações na vida dos indivíduos, podendo, por si só, desencadear problemas de saúde e impactar nos sentidos de integridade e autoimagem, funcionando como um importante fator estressor.<sup>40-43</sup> Assim, a exposição ao racismo também é um fator que determina a saúde e o bem-estar –ou a ausência deles.<sup>44,45</sup>

Na tentativa de delinear um modelo compreensivo de como o racismo afeta a saúde, [...] o racismo impacta em seis dimensões: 1) Acentua a escassez de recursos econômicos e sociais; 2) Causa maior exposição a fatores nocivos e tóxicos, como, por exemplo, empregos de menor qualificação e maior risco; 3) É facilitador de conjecturas sociais que provocam danos à saúde; 4) Provê inadequados cuidados e acesso à saúde; 5) Potencializa a ocorrência de experiências agressoras motivadas pela discriminação ou violência; 6) Induzem com maior frequência a autopercepção de saúde de indivíduos expostos ao racismo como deteriorada.<sup>46</sup> (p. 275)

Um trabalho qualitativo com profissionais da rede pública hospitalar concluiu que todos os entrevistados confirmaram existir racismo no Brasil, assim como o encontrado nesta pesquisa, porém os mesmos não foram capazes de localizá-lo nas suas relações de trabalho.<sup>17</sup> Neste trabalho, por tratar-se de desenho quantitativo, é difícil aplicar a mesma conclusão, porém observa-se que, mesmo confirmando haver racismo, uma parcela importante dos respondentes (28,7%) nega que este racismo se reflita no atendimento dos usuários.

Porém, diversos trabalhos sugerem que exista discriminação sentida pelos usuários nos serviços de saúde: pesquisas com portadores de anemia falciforme concluíram que esses pacientes identificam a existência do racismo no seu atendimento nos serviços de saúde, reconhecem o acontecido como habitual e, conseqüentemente, não o denunciam ou reclamam.<sup>32,40</sup>

No Rio de Janeiro, um estudo com gestantes observou grandes disparidades na assistência pré-natal entre grupos raciais diferentes.<sup>47</sup> Outra pesquisa com usuários do SUS negros e negras mostrou que 48,6% dos pretos e 40,5% dos pardos perceberam discriminação em serviços de saúde. A percepção de discriminação sofrida foi maior dentre os indivíduos de menor renda e de menor escolaridade.<sup>29</sup>

Em São Paulo, um estudo realizado entre participantes do 2º Seminário de Saúde da População Negra do Estado de São Paulo concluiu que a população negra vem sendo discriminada nos serviços de saúde tanto como usuários quanto como profissionais.<sup>48</sup>

E em trabalho desenvolvido em Porto Alegre, mulheres de comunidades remanescentes de quilombos avaliaram os serviços de APS e concluíram que o racismo nos serviços de saúde existe, é sentido, e que o direito à saúde é um privilégio de apenas alguns grupos (que não o seu).<sup>49</sup>

Todos os resultados apontados por esses trabalhos demonstram que existem, na prática, diferenças no tratamento prestado a grupos raciais diferentes, sentidas pelos usuários nos serviços de saúde.

### **Fortalezas e limitações do estudo**

A principal fortaleza do trabalho é sua pertinência à prática da Medicina de Família e Comunidade/ Saúde da Família e o baixo número de estudos de temática racial dentro da especialidade. Trata-se de trabalho inédito no município, servindo de piloto para estudos futuros mais completos e complexos.

Algumas limitações do trabalho foram: ter contado com residentes de apenas um programa de residência do município, devido ao número insuficiente de respondentes do outro (que possibilitaria uma comparação entre os dois programas); não ter incluído preceptores das residências multiprofissionais; e seu caráter ainda inicial e superficial, apenas quantitativo e descritivo.

### **Implicações para a pesquisa na área e prática profissional**

Este trabalho tem como implicação apontar caminhos para trabalhos futuros na temática racial, além de ter atingido seu objetivo de abrir e fomentar o debate sobre a PNSIPN dentro dos programas de residência participantes, difundindo a política entre os respondentes.

### **Considerações finais**

A educação em saúde, ainda dentro de modelos tradicionais que valorizam principal ou exclusivamente conhecimentos técnicos, é falha em formar profissionais que compreendam o conceito ampliado de saúde. Assim, os debates sobre populações vulneráveis e políticas afirmativas em saúde ainda são incipientes.

A Atenção Primária à Saúde, porta de entrada do sistema de saúde público brasileiro, é um grande palco de intervenções e, conseqüentemente, transformações sociais. É ali, na APS, que os profissionais estão em contato direto com a realidade e, para estarem devidamente capacitados, precisam compreendê-la.

Florianópolis, capital referência por possuir uma rede de APS bem estruturada e com grande cobertura populacional, atrai também residentes de todas as regiões do país. Ainda assim, a implantação de políticas em saúde específicas para populações vulneráveis é pouco debatida, mesmo dentro dos programas de residência que visam formar profissionais qualificados para essa rede.

O racismo é não apenas um determinante importante no processo saúde-doença das pessoas, como também se reflete no acesso aos serviços de saúde e qualidade do serviço prestado, diferentemente do que uma parte dos respondentes acredita.

Enfim, o mito da democracia racial, muito bem pensado e arquitetado dentro de um processo histórico favorável no Brasil, possibilita que se perpetue a prática discriminatória e faz parecer insignificantes ou desnecessários todos os movimentos contrários a esse ciclo, minando quaisquer tentativas de reparação desse processo histórico através de um discurso paradoxal de igualdade.

O racismo institucional não está presente apenas no mau atendimento ou nas dificuldades de acesso, mas se revela também nos programas de formação profissional ou educação em saúde que, ignorando a questão racial, não trazem à tona este debate. A ausência de conhecimento e reflexão também colabora com a reprodução dos mecanismos racistas.

Enquanto os espaços de formação e educação em saúde continuarem fechando os olhos para a saúde da população negra, que é a maioria da população brasileira, o racismo continuará exercendo seu efeito perverso sobre o adoecimento dessa população; a equidade continuará sendo um conceito apenas teórico; e a morte negra continuará sendo uma vida interrompida, e não um fim de vida.

## Referências

1. Cheade MFM, Frota OP, Loureiro MDR, Quintanilha ACF. Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. *Cogitare Enferm.* 2013;18(3):592-5 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/46360>. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i3.46360>
2. Santos JE, Santos GCS. Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra. *Saúde Debate.* 2013;37(99):563-70. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000400003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000400003&script=sci_abstract&tlng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000400003>
3. Senna DM, Lima TF. Saúde da População Negra na atenção primária à saúde: a questão da violência. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, orgs. *Saúde da população negra*. Petrópolis: DP et Alii; 2012; p. 153-71.
4. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Indicadores sociais mínimos [acesso 2017 Out 04]. In: Censo 2010. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/default\\_minimos.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/default_minimos.shtm)
5. Pinheiro L, Fontoura N, Prata AC, Soares V. Retrato das desigualdades [publicação na internet]. Brasília: IPEA e UNIFEM; 2006 [acesso 2017 Nov 29]. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/segundaedicao.pdf>
6. Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: *Caderno de textos básicos do Seminário Nacional de Saúde da População Negra*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; 2004.
7. Faustino DM. Equidade racial nas políticas em saúde. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, orgs. *Saúde da população negra*. Petrópolis: DP et Alii; 2012. p. 98-120.
8. Lamarca G, Vettore M. A nova composição racial brasileira segundo o Censo 2010. In: *Determinantes sociais da saúde: portal e observatório sobre iniquidades em saúde* [homepage na internet]. 2012 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://dssbr.org/site/2012/01/a-nova-composicao-racial-brasileira-segundo-o-censo-2010/>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS*. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_integral\\_populacao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf)
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras*. 1ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectiva\\_equidade\\_pacto\\_nacional.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectiva_equidade_pacto_nacional.pdf)

11. Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2004;38(5):630-6 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102004000500003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000500003&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000500003>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Caderno de textos básicos do Seminário Nacional de Saúde da População Negra [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; 2004.
13. Jaccoud L. O Combate ao racismo e a desigualdade: O desafio das políticas públicas de promoção da igualdade racial. In: Teodoro M, org., Jaccoud L, Osório RI, Soares S. As políticas públicas e as desigualdades raciais no Brasil: 120 anos após a abolição. Brasília: Ipea; 2008.
14. Souza R. A saúde da população negra: uma questão de direito e equidade. *Rev Educ Popular* [Internet]. 2005;4:94-102 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/viewFile/19919/10641>
15. Brasil SA, Trad LAB. O movimento negro na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o Estado brasileiro. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, orgs. Saúde da população negra. Petrópolis: DP et Alii; 2012. p. 70-97.
16. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013;66(esp):158-64 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>
17. Tavares NO, Oliveira LV, Lages SRC. A percepção dos psicólogos sobre o racismo institucional na saúde pública. *Saúde Debate* [Internet]. 2013;37(99):580-7 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341756005>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000400005>
18. Costa AM. Promoção da equidade em saúde para a população negra. *BIS Bol Inst Saúde* [Internet]. 2011;13(2):100-06 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: [http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-18122011000200002&lng=pt](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122011000200002&lng=pt)
19. Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. *PLoS One* [Internet]. 2017;14(5):e1002306 [acesso 2018 Maio 23]. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1002306>
20. Batista LE. Apresentação. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, orgs. Saúde da população negra. Petrópolis: DP et Alii; 2012. p. 25-34.
21. Monteiro MCS. Desafios da inclusão da temática étnico-racial na educação permanente em saúde. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, orgs. Saúde da população negra. Petrópolis: DP et Alii; 2012. p. 142-52.
22. Rinehart D. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: discursos da gestão municipal do SUS [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14421/1/2013\\_DeniseRinehart.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14421/1/2013_DeniseRinehart.pdf)
23. Pereira C, Torres ARR, Almeida ST. Um estudo do preconceito na perspectiva das representações sociais: análise da influência de um discurso justificador da discriminação no preconceito racial. *Psicol Reflex Crit* [Internet]. 2003;16(1):95-107 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722003000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722003000100010&lng=en&nrm=iso). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722003000100010>
24. Amâncio Filho A, Moreira MCGB. Saúde, trabalho e formação profissional [Internet]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1997 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/9tc7r/pdf/amancio-9788575412787.pdf>
25. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle. *Physis* 2004;14(1):41-65. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>
26. Feuerwerker LCM. Estratégias para a mudança da formação dos profissionais de saúde. *Cad Currículo Ens*. 2001;4(2):11-23.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ver-SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde). p. 37-61 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER\\_SUS.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf)
28. Cotta RMM, Gomes AP, Maia TM, Magalhães KA, Marques ES, Siqueira-Batista R. Poverty, injustice and social inequality: rethinking the health professionals formation. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2007;31(2):278-86 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Emanuele\\_Marques2/publication/262462223\\_Poverty\\_injustice\\_and\\_social\\_inequality\\_rethinking\\_the\\_health\\_professionals\\_formation/links/5722476708aee491cb32fc79.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Emanuele_Marques2/publication/262462223_Poverty_injustice_and_social_inequality_rethinking_the_health_professionals_formation/links/5722476708aee491cb32fc79.pdf)

29. Chehuen Neto JA, Fonseca GM, Brum IV, dos Santos JLCT, Rodrigues TCGF, Paulino KR, et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015; 20(6):1909-16 [acesso 2018 Maio 23]. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.17212014>
30. Batista LE, Monteiro RB, Medeiros RA. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. *Saúde Debate* [Internet]. 2013;37(99):681-90 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://vml029.epm.br/bitstream/handle/11600/8021/S0103-11042013000400016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000400016>
31. Gomes JBB. Instrumentos e métodos de mitigação da desigualdade em direito constitucional e internacional [Internet]. Portal de e-governo, inclusão digital e sociedade do conhecimento: UFSC; 2011 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/31989-37507-1-PB.pdf>
32. Trad L, Mota C, Castellanos M, Farias V, Brasil SA. Percepção sobre a Política de Saúde da População Negra: perspectivas polifônicas. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, orgs. *Saúde da população negra*. Petrópolis: DP et Alii; 2012. p. 172-92.
33. Rocha TB, Göttems CJ. A política de cotas nas universidades: em busca da efetividade do direito à educação. In: *Anais do Congresso Nacional do CONPEDI nº 18; 2009 Nov 04-07; São Paulo, Brasil*. São Paulo; 2009. p. 482-96 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: [http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/sao\\_paulo/2294.pdf](http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/sao_paulo/2294.pdf)
34. López LC. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2012;16(40):121-34 [acesso 2018 Maio 23]. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000004>
35. da Cruz ICF. Que falta faz uma área técnica de saúde da população negra no Ministério da Saúde! *Rev ABPN* [Internet]. 2013;5(9):163-71 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/242>
36. Munanga K, org. *Superando o racismo na escola*. 3a ed. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
37. da Cunha EMGP. Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, orgs. *Saúde da população negra*. Petrópolis: DP et Alii; 2012. p. 37-48.
38. Munanga K. Cotas para negros. In: *Ata do ciclo de debates da Assembléia Legislativa de Minas Gerais*. 2012 Maio 13; Belo Horizonte; 2012.
39. de Araújo EM, Costa MCN, Noronha CV, Hogan VK, Vines AI, de Araújo TM. Desigualdades em saúde e raça/cor da pele: revisão da literatura do Brasil e dos Estados Unidos (1996-2005). *Saúde Coletiva* [Internet]. 2010;7(40):116-21 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84215105005>
40. Cordeiro RC, Ferreira SL. Discriminação racial e de gênero em discursos de mulheres negras com anemia falciforme. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2009;13(2):352-8 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715322016>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000200016>
41. Clark R, Anderson NB, Clark VR, Williams DR. Racism as a stressor for African Americans: a biopsychosocial model. *Am Psychol* [Internet]. 1999;54(10):805-16 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://www.isr.umich.edu/williams/All%20Publications/DRW%20pubs%201999/racism%20as%20a%20stressor%20for%20african%20americans.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.54.10.805>
42. Franklin AJ, Boyd-Franklin N. Invisibility syndrome: a clinical model towards understanding the effects of racism on African-American males. *Am J Orthopsychiatr* [Internet]. 2000;70(1):33-41 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: [http://www.bostoncollege.org/content/dam/files/centers/boisi/pdf/f08/Invisibility\\_Clinical\\_Model-Ortho-.pdf](http://www.bostoncollege.org/content/dam/files/centers/boisi/pdf/f08/Invisibility_Clinical_Model-Ortho-.pdf). <http://dx.doi.org/10.1037/h0087691>
43. Townsend TG, Belgrave FZ. Eliminating health disparities: challenges for African American psychologists. *J Black Psychol* [Internet]. 2009;35(2):146-53 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0095798409333605>. <http://dx.doi.org/10.1177/0095798409333605>
44. Utsey SO, Chae MH, Brown CF, Kelly D. Effect of ethnic group membership on ethnic identity, race-related stress, and quality of life. *Cultur Diversity Ethni Minor Psychol* [Internet]. 2002;8(4):366-77 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/11049878\\_Effect\\_of\\_ethnic\\_group\\_membership\\_on\\_ethnic\\_identity\\_race-related\\_stress\\_and\\_quality\\_of\\_life\\_Cultural\\_Diversity\\_and\\_Ethnic\\_Minority\\_Psychology\\_8\\_366-377](https://www.researchgate.net/publication/11049878_Effect_of_ethnic_group_membership_on_ethnic_identity_race-related_stress_and_quality_of_life_Cultural_Diversity_and_Ethnic_Minority_Psychology_8_366-377). <http://dx.doi.org/10.1037/1099-9809.8.4.367>
45. Eccleston CP. The Psychological and Physical Health Effects of Stigma: The Role of Self-Threats. *Soc Pers Psychol Compass* [Internet]. 2008;2(3):1345-61 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1751-9004.2008.00082.x/abstract>. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1751-9004.2008.00082.x>

46. Faro A, Pereira ME. Raça, racismo e saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse. *Estud Psicol* [Internet]. 2011;16(3):271-8 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26122323009>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2011000300009>
47. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2005;39(1):100-7 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000100013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000100013). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000100013>
48. Kalckmann S, dos Santos CG, Batista LE, da Cruz VM. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde Soc* [Internet]. 2007;16(2):146-55 [acesso 2018 Maio 23]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000200014>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000200014>
49. Xavier EC. O olhar das mulheres quilombolas sobre a Atenção Básica e das profissionais das unidades básicas sobre a saúde das comunidades remanescentes de quilombos urbanos de Porto Alegre. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, orgs. *Saúde da população negra*. Petrópolis: DP et Alij; 2012. p. 193-208.

## Errata

No artigo **“Saúde da População Negra: percepção de residentes e preceptores de Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade”** com número de DOI: **“[https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1712](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1712)”**, publicado na *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 13, n. 40, na página 1, Parecer do CEP: Onde se lia: “2.270.572 (PMF), aprovado em 12/09/2017” leia-se “2.270.572 (Hospital Governador Celso Ramos - HGCR), aprovado em 12/09/2017”.