






“A sua consulta tem cor?” Incorporando o debate racial na Medicina de Família e Comunidade - um relato de experiência

"Is your clinical encounter racially conscious?". Bringing the racial debate into Family Practice - an experience report

"¿Tu consulta tiene color?". Incorporando el debate racial en la Medicina de Familia y comunidad: un informe de experiencia

Rita Helena Borret^{1,2,3}, Monique França da Silva⁴, Larissa Rodrigues Jatobá¹¹, Renata Carneiro Vieira³, Denize Ornelas Pereira Salvador de Oliveira^{5,6}

¹Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

²Universidade Estácio de Sá - Rio de Janeiro

³Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ

⁴Faculdade de Medicina de Petrópolis

⁵Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo

⁶Universidade Nove de Julho

Resumo

A Atenção Primária à Saúde (APS), a medicina e, em especial a Medicina de Família e Comunidade, sob a perspectiva do mito da democracia racial, contribuem para o racismo institucional na saúde, à medida em que silenciam e invisibilizam as iniquidades em saúde vivenciadas pela população negra brasileira e os impactos do racismo no processo de saúde e adoecimento. Este artigo traz o relato de experiência da construção e aplicação de uma oficina, intitulada “A sua consulta tem cor?”, que objetiva promover debate sobre a saúde da população negra entre profissionais de saúde da APS e estudantes de medicina, com o intuito de sensibilização ao tema e promoção de uma prática de cuidado antirracista. Com a construção e aplicação da oficina, foi possível perceber a falta de conhecimento dos participantes sobre como reconhecer e abordar situações de racismo na prática da APS. Como potencialidades, a oficina promoveu sensibilização e reflexão crítica sobre a importância de abordar a temática racial, possibilitou o protagonismo e representatividade de profissionais de saúde e estudantes de medicina negros na facilitação dos grupos, promoveu espaços institucionais para o debate do tema e formou novos facilitadores para estimular a multiplicação da oficina nos mais diversos cenários. Como desafios, a falta de interesse no tema por parte de gestores e instituições torna a abordagem do tema incerta e dependente da vontade e comprometimento de um ou outro indivíduo. Além disso, a oficina aborda múltiplos temas, mas não encerra a necessidade de seguir e aprofundar a discussão sobre os impactos do racismo na saúde da população negra brasileira.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Medicina de Família e Comunidade; População Negra; Racismo.

Como citar: Borret RH, Silva MF, Jatobá LR, Vieira RC, Oliveira DOPS. “A sua consulta tem cor?” - Incorporando o debate racial na Medicina de Família e Comunidade - um relato de experiência. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):2255. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2255](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2255)

Autor correspondente:

Rita Helena do Espírito Santo Borret
E-mail: ritelena@gmail.com

Fonte de financiamento:

Não se aplica

Parecer CEP:

Não se aplica

Procedência:

não encomendado

Avaliação por pares:

externa

Recebido em: 21/10/2019.

Aprovado em: 14/09/2020.



Abstract

From the assumption of the myth of racial democracy, Primary Health Care, medicine, and especially Family Medicine has contributed to institutional racism in health. Those areas have been silencing racial health inequities. The impacts of racism in the health-illness process of the black population in Brazil have been invisible. This article presents the experience report of the construction and application of a workshop, entitled "Is your clinical encounter racially conscious?". It aims to promote debate on the health of the black population among PHC professionals and medical students, in order to raise awareness on the ethnic/racial-relations and promote anti-racist care practice. With the workshop, it was possible to perceive the lack of knowledge of the participants on how to recognize and address situations of racism in the practice of PHC. As potentialities, the workshop has promoted awareness and critical reflection on the importance of addressing the ethnic/racial-relation aspect, has enabled the protagonism and representativeness of health professionals and black medical students in facilitating groups, has promoted institutional spaces for this theme to be debated, and also has trained new facilitators to stimulate the reproduction of the workshop in the most diverse national scenarios. As challenges, the lack of interest in the theme on the part of managers and institutions makes the approach to the theme uncertain and dependent on the will and commitment of one or the other individual. In addition, the workshop addresses multiple themes, but does not end the need to follow and deepen the discussion on the impacts of racism in the health of the Brazilian black population.

Keywords: Primary Health Care; Family and Community Medicine; Black Population; Racism.

Resumen

La Atención Primaria de Salud, la medicina y especialmente la Medicina Familiar y Comunitaria, desde la perspectiva del mito de la democracia racial, contribuyen al racismo institucional en salud, pues silencian e invisibilizan las inequidades en salud que vive la población negra y los impactos del racismo en el proceso de salud y enfermedad. Este artículo trae el relato de experiencia de la construcción y aplicación de un taller, titulado "¿Tu consulta tiene color?" cuyo objetivo es promover el debate sobre la salud de la población negra entre los profesionales de la salud de la APS y los estudiantes de medicina, con el objetivo de concienciar sobre el tema y promover una práctica asistencial antirracista. Con la construcción y aplicación del taller, se fue posible percibir el desconocimiento de los participantes sobre cómo reconocer y abordar situaciones de racismo en la práctica de la APS. Como potencialidades, el taller promovió la conciencia y la reflexión crítica sobre la importancia de abordar la temática racial, permitió el protagonismo y representación de profesionales de la salud y estudiantes de medicina negros en grupos facilitadores, promovió espacios institucionales para el debate del tema y capacitó a nuevos facilitadores estimular la multiplicación del taller en los más diversos escenarios. Como desafíos, el desinterés por el tema por parte de los gerentes e instituciones hace que el abordaje del tema sea incierto y dependiente de la voluntad y compromiso de uno u otro individuo. Además, el taller aborda múltiples temas, pero no termina con la necesidad de seguir y profundizar la discusión sobre los impactos del racismo en la salud de la población negra brasileña.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Medicina Familiar y Comunitaria; Población Negra; Racismo.

INTRODUÇÃO

Para abordar o tema da saúde da população negra no Brasil, é fundamental fazermos um breve resgate da construção sócio-histórica nacional. Desde o século XVI, com a chegada de portugueses em terras brasileiras, este território tem sido palco de práticas desumanas e extremamente cruéis, como o genocídio da população nativa (indígena) e o processo de escravização da população africana, sequestrada de seu continente e traficada para o Brasil (e outras colônias) para ser utilizada como mão de obra, por aproximadamente 300 anos, com apogeu entre os anos de 1701 e 1810, período em que estima-se que quase 2 milhões de pessoas escravizadas foram desembarcadas em portos coloniais.¹

Tratados como produtos, tendo sua dignidade humana negada, a população negra foi submetida aos mais diversos tipos de castigos físicos, além das péssimas condições de trabalho e alimentação. Às mulheres negras, além de toda condição degradante imposta, se somavam ainda estupros sistemáticos. As crianças negras, também consideradas mão de obra, eram muito rapidamente retiradas de sua família e colocadas à venda em um aquecido e lucrativo mercado.¹

No ano de 1888, o Brasil era o único país nas Américas que ainda mantinha a escravização como prática legalizada. A abolição da escravatura ocorre como consequência de importantes pressões políticas internacionais e de movimentos abolicionistas nacionais. Entretanto, pela falta de políticas de inserção social, com a abolição, de um dia para o outro, milhares de negros escravizados ficaram sem abrigo e

sem destino. Em 1889, o código penal da recém constituída república brasileira instituiu a lei de vadios e capoeiras, criminalizando corpos e símbolos da identidade negra. No ano de 1890, dois anos após a abolição, é instituído um decreto que veta o ingresso de africanos e asiáticos no Brasil, estimulando a imigração de europeus, com a finalidade de embranquecer a população brasileira.¹ A incorporação da população negra na sociedade brasileira como cidadãos de direito ainda é um processo em desenvolvimento.¹

Freyre, em seu livro *Casa Grande e Senzala*, discorreu sobre uma suposta democracia racial existente no Brasil, onde negros, povos nativos e brancos viveriam em harmonia e igualdade.² No entanto, essa perspectiva ilusória de uma realidade que é, de fato, de discriminação e iniquidades, contribui e marca a história do país até a atualidade. Como brasileiros, mantemos o mito da democracia racial e silenciemos a necessidade de debater os processos históricos que geraram, mantêm e reproduzem iniquidades no país. A população negra é a maioria da população mas, por exemplo, quando observamos apenas o 1% da população com maior renda per capita, encontramos somente 19% de negros.³

Este breve resgate histórico-social é importante para a compreensão de que o racismo no Brasil se configura de maneira singular. Em 2019, ainda enfrentamos dificuldade em reconhecer o racismo como um problema para nossa sociedade. Somos um país que produz iniquidades por discriminação racial, mas que não se reconhece enquanto racista.

Desde 1988, a Constituição Federal estabelece que saúde é um direito de todos e dever do Estado, reconhecendo-a como o conjunto de condições integrais e coletivas de existência, influenciada pelas condições políticas e socioeconômicas.⁴ No entanto, a garantia constitucional ao acesso universal e equânime às ações e aos serviços de saúde não tem assegurado à população negra a mesma qualidade de atenção ofertada à população branca. Indígenas, negros e brancos ocupam lugares desiguais na sociedade brasileira e trazem consigo experiências também desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer, conforme afirma Fernanda Lopes (2004).⁵

De acordo com Perpétuo (2000),⁶ as mulheres negras, em 1996, apresentaram menores chances de passar por consultas ginecológicas completas e por consultas de pré-natal, menores chances de realizar a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gravidez, de receber informações sobre os sinais do parto, alimentação saudável durante a gravidez e a importância do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida do bebê.⁶

As pesquisas de Perpétuo (2000)⁶ e Lopes(2004)⁵ podem ser consideradas pioneiras, pois apenas em 1996 o quesito raça/cor foi incluído nos Sistemas Nacionais de Informação, o Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Os dados puderam então ser desagregados, possibilitando evidenciar a influência de aspectos raciais na saúde e na produção de cuidado da população. Sem dados racializados, tal perspectiva fica invisibilizada. Apenas em 2001 o quesito raça/cor passou a fazer parte do Sistema Nacional dos Agravos de Notificação (SINAN).⁷

O racismo, compreendido como doutrina que afirma a existência de diferentes raças humanas e a superioridade natural e, portanto, hereditária, de umas sobre as outras, tem sido desmembrado em três subtipos, com a finalidade de tornar mais didático o conhecimento sobre esse importante mecanismo de opressão social. De acordo com Jones⁸, são eles: o racismo internalizado - que se traduz na incorporação dos padrões racistas, com seus estigmas e visões pelos indivíduos; o racismo interpessoal - que se manifesta por ações de preconceito e discriminação entre pessoas, intencionais ou não, e por omissões diante de situações discriminatórias percebidas; e o racismo institucional, que se traduz na institucionalização de



Figura 1. Dimensões do Racismo. Fonte: Werneck (2016) a partir da conceituação proposta por Jones (2002).

práticas racistas, por organizações, políticas e normas que vão promover tratamentos desiguais (Figura 1).^{8,14} Conhecer essas diferentes formas de apresentação é fundamental para o combate ao racismo.

Dados de 2015 mostram que 53,9% da população brasileira se autodeclara negra⁹ - por definição do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), são considerados negros aqueles que se autodeclaram pretos e pardos. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2008, 67% dos usuários do SUS são negros.¹⁰ Esses dois dados já nos mostram quantitativamente a relevância de se atentar para questões relacionadas à saúde específicas desse grupo, maioria da população brasileira e de pessoas atendidas no Sistema Único de Saúde.

Constatação importante é a de que, ainda que a população negra seja a maioria absoluta das pessoas que utilizam o SUS, isso não se desdobra em cuidados melhores ou maior acesso aos serviços em comparação com outros grupos raciais.^{11,12} Isto só pode ser compreendido como efeito do racismo institucional nos serviços de saúde, definido como a expressão da falha coletiva de promover cuidados equânimes para a população negra.^{13,14} Exemplos de como o racismo institucional afeta a saúde da população negra estão em todos os níveis de complexidade dos serviços do Sistema Único de Saúde. Na APS, um dado que chama atenção é a discrepância entre o número de consultas de pré-natal: entre as mulheres negras, 67,4% completaram sete consultas de pré-natal, em comparação com 71,6% das mulheres brancas, em pesquisa realizada com dados de 2012.¹⁵ Ainda sobre o acompanhamento pré-natal, considerando dados do serviço público e privado, de atenção primária e secundária, a discrepância no número de consultas se mantém: 79,8% das mulheres brancas tiveram 6 consultas ou mais, contra 69,9% das mulheres pardas e 67,1% das pretas.¹⁶ No nível quaternário, vê-se que a população negra é a que menos recebe doações de órgãos para transplante, serviço que apenas o SUS oferece no país.¹⁷

Em cartilha lançada pelo Ministério da saúde em 2018, uma avaliação de óbitos por suicídio entre os anos de 2012 e 2016, evidenciou uma tendência de aumento nas taxas de suicídios entre jovens pretos e pardos. Além disso, no ano de 2016, os jovens negros apresentaram um risco de cometer suicídio 45%

maior do que jovens brancos.¹⁸ Por essas e muitas outras evidências, se percebe que as desigualdades na saúde da população negra, na verdade, devem ser classificadas como, iniquidades:

(...) aquelas desigualdades de saúde que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias, segundo a definição de Margareth Whitehead, são um dos traços mais marcantes da situação de saúde do Brasil (BUSS, 2006, p2).¹⁹

O racismo institucional não está presente apenas no mau atendimento ou nas dificuldades de acesso para a população negra, mas se revela também nos programas de formação profissional ou educação em saúde que não trazem à tona este debate. A ausência de conhecimento e reflexão colabora com a reprodução e manutenção dos mecanismos racistas.²⁰

Estudo publicado por pesquisadores do *Imperial College London*, em colaboração com o Centro de Integração de Dados da Fiocruz (CIDACS), em 2017, mostrou que, em pouco mais de uma década, a expansão do programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil conseguiu uma redução duas vezes maior na mortalidade por causas evitáveis entre as populações negras ou pardas em comparação às brancas. Entre os brancos, a diminuição do índice das chamadas mortes por condições sensíveis à atenção primária - como doenças cardiovasculares, anemia e diabetes - foi de 6,8%, enquanto que entre pretos e pardos foi de 15,4%. O artigo publicado em 2017, por Hone et al.,²¹ demonstra uma redução de 27,5% na mortalidade por doenças infecciosas e de 19,3% de diabetes na população negra, além de diminuição de 17,9% em mortes por deficiências nutricionais e anemia nas crianças menores de cinco anos. Esses dados mostram que, apesar de pouco estudada, a atuação da APS frente às iniquidades raciais em saúde merece atenção, particularmente dos médicos de família e comunidade e profissionais de saúde da atenção primária.²¹

Autores como Ayres, ao discutir o cuidado na APS, com vistas a práticas integrais e igualitárias, reconhecem a importância de considerar aspectos intersubjetivos das relações que se estabelecem entre os profissionais de saúde e entre estes profissionais e usuários²², reconhecendo subjetividades, construções culturais e experiências sociais diversas, que vão se interconectar e interferir no encontro de cuidado que se estabelece. No entanto, como afirmam Senna e Lima²³

não é ressaltado que o contexto desse encontro está imerso em relações racializadas. Internalizadas nas nossas raízes sociais e negadas através do mito da democracia racial, as relações racializadas permanecem tratadas de maneira ambígua e, se não evidenciadas, impedirão a possibilidade do estabelecimento da equidade e, conseqüentemente, da integralidade nas práticas de saúde (SENNA e LIMA, 2012, p 162).

Conforme sugerem as autoras, uma prática de cuidado em saúde que se proponha integral e equânime no Brasil, precisa, necessariamente, considerar as relações étnico-raciais e os impactos do racismo no processo de saúde e adoecimento da população brasileira. Não atentar para este aspecto do cuidado implica em reproduzir um sistema racista que silencia e invisibiliza sofrimentos vivenciados pela maioria da população nacional.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi instituída em 2009 e é fruto da luta dos movimentos sociais negros organizados. Ela traz como marcos fundamentais o reconhecimento

do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade. A PNSIPN traz com destaque nas suas diretrizes gerais 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".³

Para o campo da formação médica, a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o curso de Medicina de 2014, torna-se obrigatória a abordagem de relações étnico-raciais, de maneira transversal ao longo da graduação.²⁴ O Art. 5º das DCNs 2014 diz que:

"Na Atenção à Saúde, o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social (...)." (BRASIL, 2014, p. 1-2).²⁴

Apesar de instituído nas DCNs, é ainda incomum encontrar nos cursos aulas que versem sobre saúde da população negra ou sobre racismo em qualquer uma de suas esferas. Já no documento que guia a formação de médicos de família e comunidade no Brasil, o Currículo Baseado em Competências, publicado em 2015, não aparecem os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): "racismo", "racismo oculto", "violência étnica" e "origem étnica e saúde", nem mesmo se configuram situações específicas para desenvolvimento de competências essenciais no tópico "Atenção à situações de violência e vulnerabilidade"²⁵. Em estudo recente realizado entre residentes e preceptores de Medicina de Família e Comunidade (MFC), 75,65% dos entrevistados afirmou saber que a PNSIPN existe, mas apenas 6% referiu tê-la conhecido em atividades formais da residência.²⁰

A significativa presença da população negra no país e como usuários do Sistema Único de Saúde e seu contraste com a invisibilidade de suas especificidades da saúde na formação de médicos de família e comunidade, profissionais especialistas na principal porta de acesso ao sistema único de saúde, a atenção primária, são um expressivo retrato da sociedade brasileira. É preciso refletir sobre os caminhos que tornaram esta situação possível e as razões para que tal invisibilidade se mantenha, para então pensar estratégias que possam combater sua perpetuação.

O grupo disparador da incorporação dessa temática na área da MFC foi o Coletivo Negrex - grupo composto por estudantes de medicina e médicas(os) negras(os) de todo o Brasil, que tem, há alguns anos, acumulado experiências e produção de conhecimento prático-teórico sobre efeitos do racismo na saúde e especificidades clínicas e sociais da população negra.²⁶ Em 2017, foi fundado o Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra (GT-SPN) da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)²⁷ com o objetivo de assumir, dentro da MFC e da APS, o compromisso institucional de produzir conhecimento voltado para uma prática de cuidado em saúde racializada, demandar e publicizar a necessidade de uma perspectiva racial para o conhecimento vigente na MFC e, apoiar a multiplicação de atividades de sensibilização e combate ao racismo em espaços de formação profissional. A Associação de Medicina de Família e Comunidade do Rio de Janeiro (AMFAC-RJ), tem se comprometido, desde 2017, em apoiar as atividades e produções do GT tanto no Estado do Rio de Janeiro, como nacionalmente.

Assim, em 29 de novembro de 2017, o coletivo NEGREX, o GT de saúde da População Negra e a AMFAC-RJ se juntaram para promover um evento sobre saúde da população negra, em formato

de oficina, aberto a todos os profissionais de saúde da rede de atenção primária do Rio de Janeiro, intitulada “A sua consulta tem cor?”. Desde então, o GT-SPN vem realizando mesas redondas e oficinas em todos os eventos da SBMFC e em espaços da graduação, incorporando o debate sobre saúde da população negra (SPN) e o combate ao racismo institucional na saúde em espaços de formação e de educação permanente.

Com o relato da experiência de construção da oficina, o presente artigo se propõe a discutir como o debate racial se insere e quanto ele é silenciado no campo da MFC, além de apresentar possibilidades de inscrição do tema em atividades entre médicas(os) de família e comunidade, na sua formação ou após.

A construção da oficina “A sua consulta tem cor?”

A oficina foi construída por membros do Negrex e do GT-SPN e profissionais da rede de APS do Rio de Janeiro, a partir de solicitação da AMFaC-RJ que, ao reconhecer a importância do debate para profissionais de saúde, decidiu realizar um evento sobre o tema em novembro de 2017.

Durante a elaboração, o grupo ponderou que a maioria dos profissionais da APS não tiveram contato com o tema de relações raciais ao longo das distintas graduações em saúde ou em atividades de educação permanente. Portanto, seria esperado que houvesse grande heterogeneidade em relação ao conhecimento prévio sobre o tema. Outro aspecto a ser considerado foi compreender que, como o sofrimento causado pelo racismo tende a surgir como uma demanda oculta, a identificação destas situações não é uma tarefa simples e os profissionais só serão capazes de percebê-las se estiverem atentos para a existência e importância das relações étnico-raciais.

Uma parte fundamental da oficina seria, além de sensibilizar sobre a importância de se reconhecer as especificidades da saúde da população negra, apresentar ferramentas para abordar o tema e promover o combate ao racismo institucional na saúde. Sendo assim, os objetivos estipulados para a oficina foram: apresentar o tema de saúde da população negra no Brasil, sensibilizar os profissionais de saúde sobre a relevância de abordá-lo na prática em APS, estimular uma reflexão crítica e uma atuação profissional de combate ao racismo.

Buscando a melhor maneira para que os participantes se colocassem, expusessem suas dúvidas, angústias e pudessem perceber e acessar a falta de conhecimento sobre o tema, o grupo fez uma opção metodológica por discussão de casos clínicos comuns aos cenários da APS. A escolha de uma metodologia ativa de ensino aprendizagem foi feita para implicar os participantes no processo de construção do conhecimento, estimulando a reflexão sobre sua prática individual e estimulando mudanças.

A escolha metodológica deu importância a uma figura central ao funcionamento da oficina, o facilitador. O grupo compreendeu que, para conseguir facilitar as discussões em pequenos grupos e alcançar os objetivos da oficina, o facilitador precisaria ter acúmulo teórico sobre saúde da população negra e racismo e saúde. Além disso, seria desejável que este conhecesse os atributos e a dinâmica da atenção primária à saúde. Para o grupo, a facilitação da oficina devia ainda ser preferencialmente realizada por pessoas autodeclaradas negras e com consciência racial, para dar visibilidade às vivências cotidianas de racismo que a população negra vive, garantir representatividade e colocar profissionais de saúde negros nessa posição de multiplicadora de conhecimento em meio aos profissionais de saúde.

Além da discussão de casos em pequenos grupos, a oficina conta com mais quatro etapas. Uma inicial voltada para ambientação e sensibilização ao tema e outras três que acontecem após as discussões

nos grupos: a plenária de apresentação, na qual cada grupo traz aspectos que foram debatidos e caminhos pensados para lidar com as situações problemas apresentadas; uma parte breve de apresentação de dados epidemiológicos e referências bibliográficas; e a etapa de avaliação da oficina, onde os participantes e facilitadores são convidados a trazer sugestões e relatar um pouco sobre como se sentiram ao longo da oficina.

A oficina ficou então dividida em cinco partes, sendo:

1. Exibição do curta metragem ANAMNESE²⁸, produzido pelo cineasta Clementino Júnior com a colaboração do Coletivo Negrex, seguido de breve explanação de um dos facilitadores sobre Saúde da População Negra e a importância de se discutir e aprofundar conhecimentos nesta temática, levando aproximadamente 20 minutos.
2. Discussão de casos: esta etapa tem duração variada, de 30 a 50 minutos, de acordo com o tempo total disponível para a atividade. Os participantes são divididos em pequenos grupos de até vinte pessoas com a presença de, idealmente, dois facilitadores capacitados. Cada grupo fica responsável pela discussão de um caso distinto e os facilitadores têm como função: criar um pacto de convivência com os membros do grupo que proponha um ambiente acolhedor e seguro, buscando acolher as falas e dúvidas e promovendo um espaço livre de preconceitos; definir, junto ao grupo, uma ou mais pessoas responsáveis pela relatoria dos debates; facilitar a discussão do grupo, oferecendo informações e alguns conceitos que o grupo possa desconhecer ou ter dificuldade em compreender; e controlar o tempo de discussão. No roteiro de facilitação (Anexo 1 – Quadros 3, 4, 5 e 6), para cada situação-problema existem perguntas norteadoras, que podem ajudar a trazer questões para a discussão. Cabe ressaltar que as perguntas norteadoras funcionam como caminhos possíveis, mas não engessam outras perspectivas e demandas que os membros de cada grupo proponham em relação aos casos. Em cada caso o racismo se apresenta de maneira distinta, como demanda oculta, como presente na relação profissional-paciente ou na própria autopercepção do indivíduo, entre outros.
3. Apresentação dos grupos: esta etapa tem duração de aproximadamente 30 minutos e nela ocorre a apresentação da relatoria de cada grupo para os demais participantes, com a descrição de ferramentas que o grupo reconheceu como importantes para lidar com o caso. O grupo maior e os facilitadores podem aproveitar para sugerir outras ferramentas não mencionadas nas relatorias.
4. Exposição: nesta etapa, com duração de 15-30 minutos, são apresentados dados epidemiológicos recentes sobre SPN, as fontes que lhes dão origem e como acessá-las, a fim de sedimentar a importância do cuidado da saúde com desagregação raça/cor.
5. Avaliação: nesta parte final, com duração aproximada de 10 minutos, o público é convidado a fazer uma avaliação da oficina, ponderando sobre os objetivos propostos e os caminhos metodológicos para alcançá-los. Nessa fase, é importante acolher avaliações subjetivas de como o público se sentiu ao abordar a temática.

Após o término da oficina, os facilitadores, entre si, avaliam a atividade realizada e sua atuação como facilitador.

A primeira oficina "A sua consulta tem cor?" foi realizada em 29/11/2017, no Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro com um público de aproximadamente 40 pessoas, entre médicos, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais atuando na rede de APS.

Com respostas muito positivas dos participantes na etapa de avaliação, na qual os facilitadores abrem espaço para devolutivas e contribuições, a primeira oficina teve desdobramentos importantes, sendo o principal deles o convite para que a mesma fosse realizada como parte das atividades curriculares do internato em Saúde Mental e MFC da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

A oficina foi realizada novamente em dois diferentes espaços: como atividade obrigatória do internato integrado de Medicina de Família e Comunidade e Saúde Mental da UFRJ e para estudantes de medicina da Liga Acadêmica de MFC (LASFaC) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), ambas no primeiro semestre de 2018, como mostra o quadro 1.

Em todas as oficinas realizadas, a etapa de avaliação foi fundamental. Ao abrir espaço para impressões, devolutivas e críticas dos participantes, esse momento permitiu avaliar, ainda que de forma subjetiva, se os objetivos, em parte ou integralmente, haviam sido alcançados. Ele possibilitou alguns ajustes na oficina, mas principalmente teve papel de estimular os facilitadores a seguir reproduzindo a atividade, ao ouvir frases como: “eu nunca tinha parado para pensar sobre isso”, “eu achava que o racismo não existia mais no Brasil”, “essa oficina vai mudar toda a minha prática”.

A oficina na percepção dos facilitadores

Após a realização de cada oficina, os facilitadores reuniram-se para avaliar em grupo a atividade e fazer uma autoavaliação de seu papel no processo. Além disso, os facilitadores foram convidados a responder individualmente um formulário sobre suas percepções da oficina, via *Google Forms* (Anexo 2). O formulário apresenta três partes: uma inicial de identificação, com informações de idade, gênero, autodeclaração racial e em qual edição foi facilitador; uma segunda parte de avaliação, com afirmações sobre objetivos e metodologia utilizada na oficina, incluindo o papel dos facilitadores, às quais o respondente deveria assinalar se a) Concordo totalmente, b) Concordo parcialmente, c) Indiferente, d) Discordo parcialmente, e e) Discordo totalmente. Além disso, uma terceira parte trazia um espaço aberto para críticas e sugestões para a oficina e auto avaliação.

Do total de facilitadores que responderam o formulário, 75% se identificaram com o gênero feminino e 83,4% se autodeclararam negros (66,7% pretos e 16,7% pardos). A média de idade dos facilitadores variou entre 20 a 30 anos, com maioria do grupo tendo entre 26 e 27 anos (58,3%). Em termos de formação acadêmica, a maioria dos facilitadores (66,7%) eram graduandos de medicina, seguidos por médicos de família e comunidade e residentes em MFC, que juntos formaram 33,3% do total. Apenas um respondente foi facilitador nas três atividades avaliadas e a maioria dos que responderam haviam sido facilitadores da oficina realizada para o internato da UFRJ (58,3%).

Quadro 1. Calendário de realização da oficina “A sua consulta tem cor?”, com entidade proponente e número de participantes e facilitadores.

	Entidade Proponente	Número de participantes	Facilitadores
29/11/2017	AMFAC-RJ	40	8
14/03/2018	Internato Integrado de Saúde Mental e MFC da UFRJ	100	10
14/05/2018	Liga Acadêmica de Medicina de Família e Comunidade (LASFaC) - UNIRIO	30	7

Quadro 2. Resultado da avaliação da oficina por seus facilitadores.

Aspectos específicos	Percentual de respostas
A atividade cumpriu o objetivo de sensibilizar futuros médicos e profissionais da saúde para a abordagem integral à saúde da população negra.	66,7% concordo totalmente 33,3% concordo parcialmente
A atividade permitiu debater estratégias de combate ao racismo institucional nos locais de ensino e trabalho.	83,3% concordo totalmente 16,7% concordo parcialmente
A atividade contribuiu de forma apropriada com dados epidemiológicos e clínicos sobre a saúde da população negra para estimular reflexão sobre a prática profissional.	91,7% concordo totalmente 8,3% concordo parcialmente
A atividade conseguiu estimular a reflexão do critério raça/cor como um determinante social em saúde.	91,7% concordo totalmente 8,3% concordo parcialmente
A atividade permitiu que os participantes sejam multiplicadores do debate nos seus locais de ensino e de trabalho, oferecendo ferramentas práticas e de fácil reprodução nos mais variados cenários.	58,3% concordo totalmente 41,7% concordo parcialmente
A atividade teve uma duração adequada.	50% concordo parcialmente 41,7% concordo totalmente 8,3% indiferente
A atividade promoveu um ambiente seguro para participação e troca de ideias entre os presentes.	58,3% concordo totalmente 41,7% concordo parcialmente
Os facilitadores foram receptivos e abertos no processo de discussão.	58,3% concordo totalmente 25% concordo parcialmente 16,7% indiferente
As apresentações expositivas foram relevantes e feitas de forma adequada pelos apresentadores.	75% concordo totalmente 25% concordo parcialmente

A partir das respostas ao questionário, podemos dizer que para os facilitadores a oficina foi capaz de cumprir com os objetivos propostos. A maioria das respostas foi positiva para todas as sentenças, exceto em relação ao tempo da atividade e à avaliação dos facilitadores, os quais houveram facilitadores que avaliaram como indiferente.

Discussão e perspectivas futuras

A partir das respostas do formulário e dos momentos de avaliação após as oficinas, algumas questões foram apontadas e aqui serão brevemente detalhadas.

Facilitar uma discussão em grupo é desafiador, à medida que a pessoa nesse papel precisa estar atenta a diversos aspectos simultaneamente, como a dinâmica do grupo, a participação (verbal e não verbal) de cada membro, o conteúdo da discussão, o tempo da atividade, entre outros, e esses aspectos foram levantados em todas as rodas de avaliação. Quando, em um grupo, a facilitação é realizada por mais de uma pessoa, essas tarefas podem ser compartilhadas, tornando o trabalho menos complicado. Uma parte dos facilitadores nunca havia desempenhado essa função ou sequer participado de atividades com a presença de um facilitador e com uma proposta de metodologia de ensino-aprendizagem ativa. Nesse sentido, um apontamento dessas avaliações foi o de, sempre que possível, parear um facilitador mais experiente com um menos, para que o próprio processo da oficina os ajude a se preparar para replicar a oficina posteriormente. Além disso é importante ressaltar que, como pessoas negras, exercer a função de facilitação, de organização de falas e encadeamento de ideias do grupo representa experimentar as relações interpessoais com pessoas brancas de uma maneira incomum, visto que o racismo promove relações interpessoais entre brancos e negros onde o controle da narrativa pertence sempre ao primeiro grupo.

Na atividade realizada para o internato da UFRJ, um desafio a mais foi colocado para alguns dos facilitadores. Com objetivo de incentivar o protagonismo e a representatividade, membros do coletivo Negrex-RJ do segundo ao décimo segundo período de graduação foram convidados a facilitar as oficinas, reconhecendo o acúmulo teórico sobre saúde da população negra que apresentavam. Para alguns desses graduandos, fazer a facilitação de um grupo de estudantes em período mais avançado na faculdade foi, inicialmente, uma proposta complexa. No entanto, após a realização da atividade, eles avaliaram de forma positiva essa experiência de subverter a ordem hierárquica e promover espaços onde saberes distintos são reconhecidos e valorizados.

Outra dificuldade sinalizada foi a de controlar o tempo de discussão nos pequenos grupos. De uma maneira geral, os facilitadores reconhecem essa como a parte mais importante da oficina, por possibilitar a exploração de diversos aspectos do cuidado em APS que se inter-relacionam com saúde da população negra e racismo. A sensação coletiva foi de que, por reconhecer a falta de espaços protegidos para dar seguimento ao debate, os facilitadores tiveram dificuldade em encerrar a discussão, mesmo sabendo que nunca haveria tempo suficiente para esgotar o tema.”.

O contrato de convivência, pactuado em cada pequeno grupo, foi uma ferramenta bem avaliada entre os facilitadores, como forma de diminuir o constrangimento de algumas pessoas em falar sobre o tema e também de estimular um ambiente respeitoso. Os facilitadores reconheceram um certo receio, por parte de alguns participantes, de que suas colocações soassem racistas. O medo e a evitação de palavras como preto ou negro chamou atenção dos facilitadores para a necessidade de seguir reproduzindo atividades como essa oficina.

Reconhecer o racismo como determinante social em saúde e o papel de cada pessoa na manutenção dessa opressão é um passo importante da oficina, porém carregado de desconforto coletivo e, às vezes, algum sofrimento. Os facilitadores reconheceram que, em quase todos os grupos, existiu essa percepção. A partir daí, muitas vezes o grupo teve dificuldade em caminhar para um momento seguinte, mais propositivo e construtivo, de ações de mudança e combate ao racismo, precisando muitas vezes que o facilitador intervenha nesse processo.

A avaliação feita por quem participou da atividade como facilitador levantou a necessidade de tornar o roteiro de condução da oficina público e de fácil utilização por outros profissionais de saúde, para que a oficina possa ser replicada; afirmou a importância dos facilitadores serem negros, estimulando protagonismo e representatividade em ambientes em que a população negra tende a ser minoria; reconheceu como positivas as reuniões de planejamento prévio, para garantir uniformização de conceitos e de metodologias da facilitação; considerou importante respeitar os tempos da oficina, organizar espaços protegidos para cada grupo e garantir pelo menos dois facilitadores para compartilhar as múltiplas funções da facilitação.

Os facilitadores relataram que, à medida em que reproduziram a atividade mais vezes, tornaram-se mais capacitados para o processo e mais estimulados a estudar e produzir conteúdo sobre saúde da população negra e racismo institucional. Reconheceram ainda que muitos aspectos da saúde da população negra merecem destaque e talvez outras atividades que abordem com mais profundidade alguns temas, como racismo e saúde mental, a dupla opressão de mulheres negras, a dificuldade em ser um(a) profissional de saúde negra(o), masculinidades negras, população negra e LGBT, entre outras, devam ser desenvolvidas.

Com a avaliação de cada oficina, os facilitadores contribuíram para aprimorar o roteiro inicialmente proposto. Seus encontros prévios foram de extrema relevância para realizar os ajustes necessários e identificar as especificidades de cada público alvo. Para o primeiro grupo, profissionais de saúde atuantes na APS e interessados no tema, a apresentação dos casos clínicos cotidianos foi de fácil assimilação. Já para os internos, alguns aspectos da MFC e da APS precisaram ser mais bem elucidados e algumas ferramentas práticas de atuação precisaram ser apresentadas e nomeadas. Como a atividade foi curricular, o público era mais heterogêneo em relação a conhecimentos e discussões prévias sobre o tema, tendo inclusive pessoas que o consideravam pouco relevantes para a prática clínica. Para o também heterogêneo grupo de membros da Liga Acadêmica de Saúde da Família, composta por estudantes de diferentes períodos, a oficina trazia muitos aspectos novos, o que exigiu dos facilitadores uma capacidade de apresentar e sintetizar alguns conceitos, para que a discussão pudesse seguir.

Independente de alguns ajustes necessários, para os facilitadores, em todas as oficinas, os objetivos de apresentar e sensibilizar estudantes e profissionais de saúde sobre saúde da população negra e racismo institucional e estimular reflexão crítica com vistas a mudança de prática foram alcançados. Inclusive, pode-se ler como desdobramento bem sucedido da oficina, sua inserção curricular na graduação de medicina da UFRJ e o interesse de estudantes de medicina em trazer o tema para seu processo de formação, mesmo que de maneira extracurricular, como ocorreu na UNIRIO.

A Medicina de Família e Comunidade, atuando na Atenção Primária à Saúde (APS), pode ser um potente agente transformador do racismo estrutural presente na sociedade e do racismo institucional na saúde. Dentre os atributos essenciais da APS, ser o primeiro contato preferencial da população com o sistema de saúde dialoga diretamente com a garantia (ou não) de acesso da população negra aos serviços de saúde. O atributo da integralidade, que garante que cada usuário seja considerado em toda sua complexidade e contexto, permite que o princípio da equidade se faça presente na maneira de ofertar os serviços de saúde e na compreensão dos processos de subjetivação e socialização de pessoas negras em um país que mantém o mito da democracia racial como discurso hegemônico. A coordenação do cuidado possibilita que o profissional de saúde seja capaz de prevenir e alertar seu usuário sobre a possibilidade de racismo institucional em outros níveis do sistema e, caso identifique alguma situação, o mesmo profissional pode advogar em favor daquela pessoa, buscando a construção de um sistema de saúde cada vez menos racista e mais inclusivo. Os atributos derivados da APS de orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural, quando realizados com uma perspectiva racializada, contribuem sobremaneira para a construção de um cuidado em saúde verdadeiramente equânime e potencialmente anti-racista.

Conforme debatido nas oficinas, ferramentas práticas utilizadas no cotidiano da MFC, como o método clínico centrado na pessoa, a escuta ativa, a atitude empática ou a validação do sofrimento podem (e devem) ser utilizadas visando a abordagem de saúde da população negra e o combate ao racismo interpessoal e institucional. O estímulo à cidadania, autonomia e autocuidado, cernes da prática da MFC, são muito potentes no combate ao racismo. É importante ressaltar que, conforme lembra McWhinney e Freeman (2010),²⁹ o MFC é recurso de sua comunidade, logo, se considerarmos os dados percentuais da população negra no Brasil, conhecer a PNSIPN, os diferentes tipos de racismo e desenvolver letramento racial são mandatórios para a prática da MFC no país.

O letramento racial, aspecto muito importante de ser trabalhado nas oficinas, é um conceito criado pela autora afro-francesa France Winddance Twine³⁰ e traduzido para o português pela psicóloga Lia Vainer Schucman³¹ em sua tese de doutorado, intitulada *Entre o “encardido”, o “branco” e o “branquíssimo”: raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana*.³¹ O termo se refere a um conjunto de práticas que envolve cinco fundamentos: o reconhecimento da branquitude e dos privilégios que ela confere à população branca; o entendimento de que o racismo é um problema atual e não uma parte da história do país já superada; a compreensão de raça como uma construção socialmente aprendida e reproduzida; a necessidade de tomar posse de um vocabulário racial, utilizando a palavra negro e preto quando couber e evitando de usá-las em expressões negativas como “mercado negro”, “a coisa tá preta” ou “denegrir” e, por último, a capacidade de interpretar códigos e práticas de maneira racializada, evitando camuflar situações de racismo como bullying ou mal-entendidos.³¹

Certamente, pode-se afirmar que transformar o cenário atual depende de muitas outras ações para além da inclusão da temática étnico-racial nos espaços de construção de conhecimento em saúde. Trata-se de trabalhar estruturalmente contra o racismo institucional e passa por recompor conceitualmente o processo saúde/doença, traçar outro paradigma na maneira de pensar e produzir saúde, construir rodas de conversa com atores, vivências e narrativas até então silenciadas. Significa pensar políticas afirmativas na gestão da saúde e assumir firmemente a postura de superação do racismo institucional. Como tudo isso parece distante, trabalhamos com a transversalidade no processo educativo, mas é preciso ter consciência de que o tema transversal por si só não muda a prática. No máximo pode informar, incomodar, levantar o véu do problema, mas permanece longe de alcançar as mudanças necessárias.³² Nesse sentido, atividades como essa parecem ser um bom caminho para responsabilizar e sensibilizar profissionais e estudantes quanto à necessidade de se fazer um cuidado em saúde com equidade para a população negra e combater o racismo institucional.

É importante ainda ressaltar que esse modelo de oficina mostra que, em consonância com teóricos da área da educação, o protagonismo de estudantes em seus próprios processos de ensino e construção do conhecimento é um caminho interessante para uma aprendizagem significativa, além de possibilitar a expressão de sentimentos, dúvidas e preconceitos que talvez não fossem colocados com outras configurações hierarquizadas de ensino.

O presente relato é escrito a partir da perspectiva de um grupo de MFCs que construiu e/ou operacionalizou as oficinas, mesmo que considerando as devolutivas dos participantes e oficinairos ao final de cada atividade. Nesse sentido, o relato tem, como fator limitante, um importante viés de perspectiva. Além disso, seria enriquecedor para o relato a narrativa de MFCs que, ao retomar suas atividades cotidianas, perceberam (ou não) como a vivência da oficina impactou sua prática de cuidado. Embora tenhamos citado muitos aspectos positivos e potencialidades da aplicação da oficina “A sua consulta tem cor?”, alguns desafios também se colocam para reflexão no enfrentamento do racismo. A realização da oficina, quando proposta pela AMFaC-RJ, foi construída por profissionais de saúde parceiros e próximos à gestão da associação. No entanto, a representatividade de pessoas negras nesta associação de médicos de família e comunidade no Estado do Rio de Janeiro hoje é muito pequena. A mesma falta de representatividade pode ser percebida na atual e nas últimas composições da diretoria da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, o que contribui para o silenciamento e invisibilidade do tema em espaços de construção de conhecimento.

A atividade realizada no internato da UFRJ representou importante avanço na inclusão do tema das relações étnico-raciais no currículo de graduação em medicina. Porém, por mais que a atividade tenha ocorrido de forma curricular, a oficina ainda não faz parte do currículo oficial de atividades do internato, o que torna sua manutenção incerta e dependente do esforço do corpo docente e discente da instituição. Da mesma maneira, a atividade realizada pela AMFaC-RJ, foi proposta para profissionais de saúde, atuantes na APS, interessados no tema, fora do horário e espaço de trabalho destes, o que diminui muito a capacidade de penetração do assunto entre os profissionais que já não estejam previamente sensibilizados. Assim, torna-se necessário buscar caminhos para institucionalizar a realização das oficinas ou outras atividades que abordem o tema, seja pela gestão acadêmica de cursos de graduação nas áreas de saúde ou por gestores de serviços de saúde.

O protagonismo de estudantes de medicina e profissionais de saúde negros é muito importante, no entanto, cabe ressaltar que o combate ao racismo não é uma função exclusiva da população negra e que a população branca tem papel fundamental no combate ao racismo e aos privilégios da branquitude. Considerando que, de acordo com a demografia médica lançada pelo CREMESP, em 2018,³³ apenas 18% dos médicos formados por ano são negros (mesmo com o sistema de cotas raciais), se esperarmos que apenas essas pessoas sejam responsáveis pela transformação da educação e da prática médica no país, manteremos por muitos anos ainda uma prática de saúde racista e opressora para a maior parte da população brasileira.

Em última análise, é essencial implicar docentes, gestores e formadores de opinião na luta contra o racismo estrutural no país e institucional na saúde, com o intuito de avançar para um sistema de saúde integral, universal e equânime, como proposto pela Constituição Federal de 1988.⁴

Referências

1. Garais VH. A história da escravidão negra no Brasil. Portal Geledés [Internet]. 2012 Jul. Disponível em: www.geledes.org.br
2. Freyre G. Casa grande & senzala. Rio de Janeiro (RJ): José Olympio; 1969.
3. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Diário Oficial União, Brasília (DF), 13 mai 2009.
4. Senado Federal (BR). Secretaria de Editoração e Publicações. Coordenação de Edições Técnicas. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília (DF): Senado Federal; 2016.
5. Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Seminário Nacional de Saúde da População Negra. Brasília, Distrito Federal, 18-20 ago 2004. Brasília (DF): Ministério da Saúde/Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; 2004.
6. Perpétuo IHO. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda de saúde reprodutiva. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*. 2000 Jun;22:10-6.
7. Giovanetti MR, Santos NJS, Westin CP, Darré D, Gianna MC. A implantação do quesito cor/raça nos serviços de DST/Aids no Estado de São Paulo. *Saúde Soc*. 2007 Ago;16(2):163-70.
8. Jones CP. Confronting institutionalized racism. *Phylon*. 2002;50(1-2):7-22.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Indicadores de Vigilância em Saúde, analisados segundo a variável raça/cor. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2015;46(10):1-35.
10. Jaccoud L, Silva J, Soares S, Rosa W. Igualdade racial. In: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), ed. Políticas sociais – acompanhamento e análise no 16, 2008. Brasília (DF): Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2008 Nov;(16). No prelo.

11. Instituto da Mulher Negra (Geledés). Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA). Guia de enfrentamento do racismo institucional. São Paulo (SP): Ibraphel Gráfica; 2013.
12. Paixão M, Rossetto I, Montovanele F, Carvano LM. Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil; 2009-2010. Constituição cidadã, seguridade social e seus efeitos sobre as assimetrias de cor ou raça. Rio de Janeiro (RJ): Garamond Universitária; 2014.
13. Carmichael S, Ture K, Hamilton CS. Black power: the politics of liberation. New York (NY): Vintage Books; 1967.
14. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc.* 2016;25(3):535-49.
15. Theophilo RL, Rattner D, Pereira EL. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2018 Nov;23(11):3505-16.
16. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(Supl 1):S85-S100.
17. Marinho A, Cardoso SS, Almeida VV. Desigualdade de transplantes de órgãos no Brasil: análise do perfil dos receptores por sexo e raça/cor. Brasília (DF): Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2011.
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Universidade de Brasília, Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade. Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
19. Buss PM, Pellegrini Filho A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre determinantes sociais da saúde. *Cad Saúde Pública.* 2006 Set;22(9):2005-8.
20. 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.
21. Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millet C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. *PLoS Med.* 2017 Mai;14(5):e1002306.
22. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2001;6(1):63-72.
23. 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 (RJ): DP et Alii; 2012. p. 153-71.
24. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, Evans P, eds. A definição europeia de medicina geral e familiar (clínica geral/medicina familiar). Ljubljana, Slovenia: WONCA Europa; 2002.
25. Lermen Junior N. Currículo baseado em competências para medicina de família e comunidade. Rio de Janeiro (RJ): Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC); 2015.
26. Silva MF, Souza PGA. Luta, resistência e transformação na medicina: um quilombo chamado NegreX. In: Canavese D, Soares EO, Bairos F, Polidoro M, Rosado RM, orgs. *Equidade étnicorracial no SUS: pesquisas, reflexões e ações em saúde da população negra e dos povos indígenas. Série: Atenção Básica e Educação na Saúde [Internet].* Porto Alegre (RS): Editora Rede Unida; 2018; [acesso em 2019 Out 12]; 15:128-37. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/equidade-etnicorracial-no-sus-web>
27. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Grupo de Trabalho em Saúde da População Negra (GT-SPN). Ata de fundação e eixos/objetivos [Internet]. Curitiba (PR): SBMFC/GT-SPN; 2017 Nov; [acesso em 2020 Mai 18]. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/GT%20SPN%20-%20Ata%20alterada%20\(2\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/GT%20SPN%20-%20Ata%20alterada%20(2).pdf)
28. Cineclube Atlântico Negro. Anamnese [animação/vídeo]. Rio de Janeiro (RJ): Cineclube Atlântico Negro; 2016 Nov; [acesso em 2019 Out 12]. Disponível em: <https://vimeo.com/193686465>
29. McWhinney IR, Freeman T. Manual de medicina de família e comunidade. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.
30. Twine FW. A white side of black Britain: the concept of racial literacy. *Ethn Racial Stud.* 2004;27(6):878-907.
31. Schucman LV. Entre o “encardido”, o “branco” e o “branquíssimo”: raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo (USP)/Instituto de Psicologia - Psicologia Social; 2012.
32. 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. Coleção negras e negros: pesquisas e debates.* 2ª ed. Petrópolis (RJ): Ministério da Saúde; 2012. p. 142-52.
33. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Miotto BA, Mainardi GM. Demografia médica no Brasil 2018. São Paulo (SP): FMUSP/CFM/CREMESP; 2018.

Anexo 1. Casos e roteiros para facilitadores da oficina: "A sua consulta tem cor?"

Quadro 3. Caso 1.

Demanda: "machucados na cabeça".

Luciana, uma mulher, negra, 30 anos, solteira, natural do Rio de Janeiro, residente em Manguinhos, RJ. Apresenta há quase 5 meses um quadro de machucados no couro cabeludo, que recentemente pioraram, apresentando maior quantidade e também mau cheiro.

Investigando mais sobre a história que era relatada, identifiquei que eram pequenas ulcerações, algumas purulentas e crostosas, por todo o couro cabeludo. Negou febre, outras lesões semelhantes pelo corpo ou presença de linfonodomegalia. Ela referia não ter relações sexuais há muito tempo e dizia se proteger; negou história de IST prévia. Ela estava preocupada porque aquilo não se resolvia sozinho e achava que poderia ser piolho. Estava com vergonha de sair para trabalhar e a dor a estava incomodando bastante. Por tudo isso, esperava que resolvêssemos aquelas lesões.

Diante do provável diagnóstico de infecção secundária a um processo de coçadura, me questionei por que o acentuado sofrimento e porque a demora em procurar ajuda. Ela respondeu logo em seguida que teve vergonha de chegar com a cabeça e cabelo daquele jeito para a consulta.

- Luciana, você passa muito creme no cabelo?
- Ela fez que sim.
- Costuma deixá-lo úmido e preso?"
- O mesmo gesto com a cabeça foi feito.
- Por quê?
- Luciana fez um silêncio ensurdecedor.
- Você faz isso para abaixar o volume do seu cabelo? As pessoas falam mal dele?
- O mesmo gesto afirmativo com a cabeça se repetia...

Objetivo: problematizar uma situação de racismo que não se coloca de forma direta na consulta. Nesse caso, um olhar pouco sensível do profissional de saúde ao tema pode não ser capaz de compreender a situação como um problema ou ainda, não perceber todo o sofrimento que pode estar por trás desta problemática.

Roteiro sugerido:

- Fazer um contrato de convivência, com respeito entre os membros do grupo e com liberdade de fala;
- Escolher um membro do grupo para fazer a relatoria da discussão;
- Breve rodada de apresentação dos componentes do grupo (pode-se solicitar que os componentes do grupo tragam suas expectativas com o encontro);
- Leitura do caso em roda;
- Trazer do grupo os sentimentos que o caso desperta;
- Usar as perguntas para nortear a discussão e caminhar pelos assuntos pertinentes a pauta. Não é preciso usar as perguntas como tópicos específicos.

Questões norteadoras para esse caso:

- Você seria capaz de perceber essa demanda oculta?
- Como seria lidar com essa questão em consulta?
- Você acredita que algo parecido com o caso relatado seja possível de acontecer ou já tenha acontecido na sua unidade de saúde?
- Que tipo de racismo é percebido nesse caso? (*Pessoal/internalizado*). Como será que se construiu esse tipo de sentimento?
- Que ações podemos pensar, no grupo, para abordar situações como essa? E para prevenir?

Importante não esquecer:

- Facilitar o grupo implica em deixar o grupo à vontade para se colocar, buscando não censurar as falas;
- Temas não colocados como questões norteadoras podem surgir e é importante que os facilitadores acolham o tema e discutam com o grupo.

Quadro 4. Caso 2.

Consulta de criança na APS.

Demanda: “catarro e cansaço”.

Criança de 5 anos, sexo feminino, negra, cabelo crespo, veio para a consulta acompanhada de sua mãe. Durante o exame físico, ao elogiar o cabelo da paciente, sua mãe fez a seguinte intervenção:

- Conta pra ela o que a tia da escola falou pra você, filha.

Parei o exame para ouvi-la. Ficou tímida. Hesitou um pouco. Balançou para um lado e outro e disse:

- A tia falou que meu cabelo tava feio e que era pra ficar com ele preso. (Obs: a “tia” era a coordenadora da escola.)

Objetivo: discutir o racismo interpessoal (da coordenadora escolar para com a criança), além do racismo institucional que se apresenta no âmbito escolar. A importante relação hierárquica de poder que se coloca também é pauta de discussão e contribui para um sofrimento significativo da paciente.

Roteiro sugerido:

Fazer um contrato de convivência, com respeito entre os membros do grupo e com liberdade de fala;

- Escolher um membro do grupo para fazer a relatoria da discussão;
- Breve rodada de apresentação dos componentes do grupo (pode-se solicitar que os componentes do grupo tragam suas expectativas com o encontro);
- Leitura do caso em roda;
- Trazer do grupo os sentimentos que o caso desperta;
- Usar as perguntas para nortear a discussão e caminhar pelos assuntos pertinentes a pauta. Não é preciso usar as perguntas como tópicos específicos.

Questões norteadoras para esse caso:

- Você conseguiria perceber uma situação de racismo nesse caso?
- Que tipo de racismo você acha que está presente neste caso? (Interpessoal)
- Você acredita que algo parecido com o caso relatado seja possível de acontecer ou já tenha acontecido na sua unidade de saúde?
- Como seria possível conduzir a consulta a partir desse momento?
- Que tipo de intervenção seria possível no âmbito individual, familiar e comunitário?

Importante não esquecer:

- Facilitar o grupo implica em deixar o grupo à vontade para se colocar, buscando não censurar as falas;
- Temas não colocados como questões norteadoras podem surgir e é importante que os facilitadores acolham o tema e discutam com o grupo.

Quadro 5. Caso 3.

Demanda: dor de cabeça e palpitação.

Joana, 38 anos, negra, apresenta-se para atendimento na segunda-feira pela manhã queixando-se de cefaleia frontal, náuseas e palpitação, como uma “batedeira no peito”. Teve dificuldades para dormir na última noite. Conta que seu filho Gabriel, 18 anos, negro, perdeu a oportunidade de prestar a prova do ENEM no dia anterior, pois no caminho para o local da prova, foi abordado por dois policiais militares, que o revistaram e jogaram sua mochila no chão, além de ter passado por um breve interrogatório e recebido algumas ameaças. Gabriel não estava em posse de nenhum tipo de droga ou em atividades suspeitas e foi liberado. No entanto, chegou atrasado ao local da prova.

O médico de Joana não entende bem qual é o problema da paciente e diz não poder ajudar muito com essas coisas que são naturais. Passou pela sua mente que provavelmente também teria medo de Gabriel.

Objetivo: este caso traz diversas questões para serem refletidas. Discute raça como determinante social em saúde, discute a percepção insensível do profissional de saúde ao racismo estrutural e ainda discute o racismo institucional no âmbito da segurança pública e também na saúde

Roteiro sugerido:

- Fazer um contrato de convivência, com respeito entre os membros do grupo e com liberdade de fala;
- Escolher um membro do grupo para fazer a relatoria da discussão;
- Breve rodada de apresentação dos componentes do grupo (pode-se solicitar que os componentes do grupo tragam suas expectativas com o encontro);
- Leitura do caso em roda;
- Trazer do grupo os sentimentos que o caso desperta;
- Usar as perguntas para nortear a discussão e caminhar pelos assuntos pertinentes a pauta. Não é preciso usar as perguntas como tópicos específicos.

Questões norteadoras para esse caso:

- Você percebe que alguma situação de racismo no caso?
- Que tipo de racismo está presente nesse caso? (Interpessoal/Institucional – segurança pública e saúde)
- Você acredita que algo parecido com o caso relatado seja possível de acontecer ou já tenha acontecido na sua unidade de saúde?
- Que tipo de ações seriam possíveis de se realizar para evitar situações como esta?
- Seria cabível alguma ação direta em relação a esse médico?
- Em que aspectos a determinação social se apresenta nessa situação?

Importante não esquecer:

- Facilitar o grupo implica em deixar o grupo à vontade para se colocar, buscando não censurar as falas;
- Temas não colocados como questões norteadoras podem surgir e é importante que os facilitadores acolham o tema e discutam com o grupo.

Quadro 6. Caso 4.

Demanda: enjoo e sangramento nasal.

Idoso, 67 anos, autodeclarado pardo, dá entrada na unidade com quadro de náuseas e sangramento nasal e um médico é chamado com urgência. O médico que se apresenta para fazer o atendimento é preto e o paciente diz que não gostaria de ser atendido por esse profissional, porque “não gosta de crioulo”.

O médico cumpre seu dever, conduzindo o atendimento, por ser uma urgência médica e registra o ocorrido no prontuário. Os demais membros da equipe ficam desconcertados com a situação, mas, embora tenham percebido o desconforto do médico tem dificuldade de tomar alguma atitude.

Objetivo: problematizar acerca de alguns aspectos do racismo e de como ele se apresenta. O paciente sendo negro, reproduz em um ato de racismo interpessoal para com o médico, demonstrando a internalização do racismo como autoódio e podemos discutir os aspectos da miscigenação, colorismo e reprodução de racismo entre pessoas negras. A omissão de ação por parte da equipe de saúde que presenciou a reprodução entre pessoa negras de um ato de racismo assume maior complexidade, se somando ao racismo internalizado (conduta passiva), interpessoal (omissão) e por não ter treinamento específico antirracista estimulado pelo empregador (manifestação do racismo institucional).

Roteiro sugerido:

- Fazer um contrato de convivência, com respeito entre os membros do grupo e com liberdade de fala;
- Escolher um membro do grupo para fazer a relatoria da discussão;
- Breve rodada de apresentação dos componentes do grupo (pode-se solicitar que os componentes do grupo tragam suas expectativas com o encontro);
- Leitura do caso em roda;
- Trazer do grupo os sentimentos que o caso desperta;
- Usar as perguntas para nortear a discussão e caminhar pelos assuntos pertinentes a pauta. Não é preciso usar as perguntas como tópicos específicos.

Questões norteadoras para esse caso:

- Você percebe que alguma situação de racismo no caso?
- Que tipo de racismo está presente nessa situação? (Interpessoal/Institucional)
- Você acredita que algo parecido com o caso relatado seja possível de acontecer ou já tenha acontecido na sua unidade de saúde?
- Como você acha que agiria caso fosse membro da equipe desse médico?
- Que tipo de ações podem ser tomadas para evitar que situações como esta aconteçam novamente?
- De que maneiras se poderia abordar este médico? E o paciente?

Importante não esquecer:

- Facilitar o grupo implica em deixar o grupo à vontade para se colocar, buscando não censurar as falas;
- Temas não colocados como questões norteadoras podem surgir e é importante que os facilitadores acolham o tema e discutam com o grupo.