Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
Mestrado Profissional em Saúde da Família / PROFSAÚDE

Melissa Zorzi Tieppo

# Saúde da População Negra: história em quadrinhos como dispositivo pedagógico para educação antirracista em saúde a partir da percepção de usuários e profissionais

Porto Alegre
2026

Melissa Zorzi Tieppo

# Saúde da População Negra: história em quadrinhos como dispositivo pedagógico para educação antirracista em saúde a partir da percepção de usuários e profissionais

Dissertação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, na linha de Atenção Integral aos Ciclos de Vida e Grupos Vulneráveis.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Maria Celestina de Oliveira
Co-orientadora: Profa. Dra. Alisia Helena Weis

Porto Alegre
2026

Catalogação na Publicação

Zorzi Tieppo, Melissa
Saúde da População Negra: história em quadrinhos como dispositivo pedagógico para educação antirracista em saúde a partir da percepção de usuários e profissionais / Melissa Zorzi Tieppo. -- 2026.
96 p. : tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2026.

Orientador(a): Mônica Celestina de Oliveira ; coorientador(a): Alisia Helena Weis.

1. Acesso e equidade. 2. População Negra. 3. Racismo. 4. Saúde da Família. 5. Educação em saúde. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Melissa Zorzi Tieppo

**Saúde da População Negra: história em quadrinhos como dispositivo pedagógico para educação antirracista em saúde a partir da percepção de usuários e profissionais**

Dissertação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, na linha de Atenção Integral aos Ciclos de Vida e Grupos Vulneráveis.

Aprovado em _____ / _____ / _____

---

Membro Interno ao PPG

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

---

Membro Externo ao PPG

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

---

Membro Externo à UFCSPA

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

## AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente às orientadoras Dra. Mônica de Oliveira e Dra. Alísia Weis pela gentileza, dedicação e ensinamentos ao longo desta jornada.

Agradeço também aos usuários, colegas de trabalho e de mestrado que se dispuseram e apoiaram as diversas etapas durante o curso.

Por fim, agradeço profundamente aos meus familiares pela compreensão durante os momentos de desafio e ausência.

## RESUMO

No último censo IBGE 2022, a maior parte da população do Brasil se declarou parda. Apesar de ser uma maioria, é fundamental reconhecer que a população negra ainda enfrenta desafios, como o racismo estrutural e as desigualdades sociais, oriundos do colonialismo que fundou o Brasil. Estas questões estão diretamente relacionadas à distribuição e manutenção das iniquidades raciais que afetam os marginalizados pela sociedade. Considerando que um quarto dos residentes no município de Caxias do Sul se autodeclaram pretos e pardos, políticas públicas que garantam o acesso à saúde de qualidade podem não estar asseguradas, apesar da existência da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída desde 2009. Diante desse contexto, emergiu o questionamento de como os usuários e os profissionais de saúde percebem o racismo e as desigualdades raciais no acesso e no cuidado em saúde em um território da APS e de que maneira essas percepções poderiam subsidiar estratégias formativas voltadas ao enfrentamento do racismo institucional nos serviços de saúde? Assim, foi objetivo desta pesquisa avaliar o acesso e o cuidado da saúde da população negra em um território adscrito à Atenção Primária, à luz da literatura e a partir das percepções de usuários e profissionais de saúde, subsidiando o desenvolvimento de uma ferramenta de formação profissional para o enfrentamento das desigualdades raciais no cuidado. Este estudo de natureza qualitativa, com *corpus* textuais de 40 entrevistas, procurou evidenciar se o racismo se insere na UBS participante como um padrão amplamente documentado na saúde brasileira. A população do estudo se constituiu tanto de usuários autodeclarados pretos/pardos pertencentes ao território, como de profissionais de saúde atuantes na UBS de estudo. Assim, identificou-se desigualdades raciais no acesso à saúde no território estudado, revelando as barreiras estruturais e institucionais enfrentadas pela população negra. O estudo evidenciou fragilidades na implementação local da PNSIPN e nas práticas de registro em saúde. Como produto foi desenvolvido, a partir dos achados da pesquisa, um dispositivo pedagógico em formato de história em quadrinhos (HQ) – material didático – para a educação permanente em saúde que promova a reflexão e o letramento racial no cuidado em saúde. Este estudo contribuiu para o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (Saúde e Bem-estar) e 4 (Educação de Qualidade).



***Palavras-chave:*** *Acesso e equidade; População Negra; Racismo; ODS 3 - Saúde e Bem-estar; ODS 4 - Educação de Qualidade.*

**ABSTRACT**

In the last IBGE 2022 census, most of the population of Brazil declared itself brown. Despite being a majority, it is essential to recognize that the black population still faces challenges, such as structural racism and social inequalities, arising from the colonialism that founded Brazil. These issues are directly related to the distribution and maintenance of racial inequities that affect those marginalized by society. Considering that a quarter of the residents in the municipality of Caxias do Sul declare themselves black and brown, public policies that ensure access to quality health may not be ensured, despite the existence of the National Policy for Integral Health of the Black Population (PNSIPN), established since 2009. Given this context, the question emerged of how users and health professionals perceive racism and racial inequalities in access and health care in a PHC territory and how these perceptions could subsidize training strategies aimed at confronting institutional racism in health services? Thus, the objective of this research was to evaluate the access and health care of the black population in a territory attached to Primary Care, in the light of the literature and from the perceptions of users and health professionals, subsidizing the development of a professional training tool to confront racial inequalities in care. This qualitative study, with textual corpus of 40 interviews, sought to show whether racism is part of the participating UBS as a broadly documented standard in Brazilian health. The study population consisted of both self-declared black/brown users belonging to the territory, as well as health professionals working in the study UBS. Thus, racial inequalities in access to health in the territory studied were identified, revealing the structural and institutional barriers faced by the black population. The study showed weaknesses in the local implementation of the PNSIPN and in the health registration practices. As a product was developed, from the research findings, a pedagogical device in comic book format (COMIC) for permanent health education that promotes reflection and racial literacy in health care. This study contributed to Sustainable Development Goal 3 (Helth and Well-being) and 4 (Quality Education).

***Keywords:*** *Access and equity; Black People; Racism; SDG 3 - Helth and Well-being; SDG 4 - Quality Education.*

## LISTA DE SIGLAS

UFCSPA – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

APS – Atenção Primária à Saúde

PHC – Public Health Care

PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

SUS – Sistema Único de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CEDRA – Centro de Estudos e Dados sobre Desigualdades Raciais

DATASUS – Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde

IRaMuTeQ – Interface de R pour les Analyses Multidimencionnelles de Textes et de Questionnaires

CHD – Classificação Hierárquica Descendente

AFC – Análise Fatorial de Correspondência

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CONEP – Comissão Nacional de Ética e Pesquisa

HQ – História em Quadrinhos

PROFSAÚDE – Mestrado Profissional em Saúde da Família

NEPS – Núcleo de Educação Permanente em Sáude

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**SUMÁRIO**


**1. APRESENTAÇÃO** ..... 11

**2. INTRODUÇÃO** ..... 11

**3. OBJETIVOS** ..... 15

**3.1. Objetivo geral** ..... 15

**3.2. Objetivos específicos** ..... 16

**4. REVISÃO DE LITERATURA** ..... 16

**4.1. Acesso e equidade da população negra** ..... 16

**4.2. Educação permanente em saúde e tecnologias educacionais na APS** ..... 19

**5. METODOLOGIA** ..... 20

**5.1. Delimitação metodológica das entrevistas com usuários – análise de conteúdo** ..... 22

**5.1.1.** Pré-análise ..... 22

**5.1.2.** Estratégia analítica ..... 22

**5.2.Delimitação metodológica das entrevistas com profissionais – análise de conteúdo** ..... 23

**5.2.1.** Pré-análise ..... 23

**5.2.2.** Estratégia analítica ..... 23

**6. ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS** ..... 23

**6.1. Matriz de análise qualitativa – entrevistas usuários** ..... 30

**6.1.1.** Análise interpretativa ..... 32

**6.2. Matriz de análise qualitativa – entrevistas profissionais** ..... 32

**6.2.1.** Análise interpretativa ..... 35

**6.2.2.** Síntese da matriz qualitativa dos profissionais ..... 36

**6.2.3.** Síntese interpretativa ..... 38

**6.3. Quadros comparativos usuários x profissionais** ..... 40

**7. RESULTADOS DA PESQUISA** ..... 42

**7.1. Apresentação dos participantes** ..... 42

**7.2. Apresentação dos eixos temáticos** ..... 42

**7.2.1.** Eixos da matriz de análise qualitativa – entrevistas usuários ..... 43

**7.2.2.** Eixos da matriz de análise qualitativa – entrevistas profissionais ..... 47

**8. DISCUSSÃO** ..... 52

**8.1. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN): fundamentos, avanços e limites na prática institucional** ..... 55

**8.2. Limitações do estudo** ..... 57

**9. CONSIDERAÇÕES FINAIS** ..... 58

**10. PTT (Produto Técnico Tecnológico) – HISTÓRIA EM QUADRINHOS** .....59
**10.1. HQ – Problematização e letramento racial na APS** .....59
**10.2. Fundamentação pedagógica da HQ** ..... 59
**10.3. Estrutura Narrativa da HQ (roteiro e ilustrações por capítulo)** .....61
**10.4. HQ em oficinas institucionais** .....73
**REFERÊNCIAS** .....80
**APÊNDICE A – Roteiro para entrevistas com profissionais** .....85
**APÊNDICE B – Roteiro para entrevistas com usuários** .....87
**APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Profissionais** 88
**APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Usuários** .....90
**APÊNDICE E – Síntese analítica diretrizes PNSIPN x achados empíricos estudo** .....92
**APÊNDICE F – Briefing técnico da HQ para o ilustrador** .....93
**ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do CEP** .....95

## 1. APRESENTAÇÃO

Vários eram os relatos sobre as dificuldades e as barreiras enfrentadas por todos aqueles que precisavam acessar os serviços de saúde, representadas em grande parte pelas longas filas que se formavam todas as manhãs em frente à porta da UBS. Aqui em Caxias do Sul, na Serra Gaúcha, os invernos rigorosos, permeados por dias chuvosos, agravavam ainda mais as dificuldades já existentes. Para tanto, a Secretaria de Saúde colocava como meta "acabar" com as filas e resolve proporcionar o agendamento telefônico. Agora, as pessoas não precisam mais "madrugar" e tem a "facilidade na palma da mão".

Tudo parece perfeito, porém, grande parte do território não possui sinal de celular ou acesso à internet. Muitas áreas são irregulares e a ocupação, que se deu de forma indevida, não possui recursos básicos que desenvolvam e mantenham uma vida digna, ainda permeada pela violência oriunda da exclusão estrutural e ausência institucional. É nesse contexto que eu, Melissa, casada, mãe de dois filhos, branca, descendente de italianos, formada em universidade particular, especialista em Saúde Coletiva e da Família, trabalho há 17 anos como cirurgiã dentista de uma Equipe de Saúde Bucal que atende duas equipes de ESF e essa reflexão trouxe à tona a invisibilidade que as periferias tem em relação às políticas públicas. Quem são esses usuários periféricos? Qual a sua percepção sobre saúde? Percebo que a maioria são pardos, compondo uma grande parcela da população adscrita conforme aponta o último censo no Brasil. Essa percepção é condizente com a realidade? Seria esta parcela da população a mais prejudicada? Não temos dados. Estamos às cegas, um barco à deriva. Estamos extraindo muitos dentes... é possível filtrar este procedimento pela variável raça/cor no sistema de saúde adotado pelo município? Não. Alguma coisa está errada, mas o quê? Por onde começar? Assim, investigar o acesso e o cuidado em saúde da população negra a partir das percepções dos usuários e dos profissionais pareceu um "start" importante para diagnosticar e planejar ações que melhorem potencialmente as condições de saúde desta população vulnerável.

## 2. INTRODUÇÃO

O Rio Grande do Sul possui atualmente 2,3 milhões de negros em sua constituição, que correspondem a 21% da população do estado, ante os 55% de negros autodeclarados no Brasil, segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2022. Pela primeira vez desde 1991, a maior parte da população brasileira se declara parda e estes resultados evidenciam a diversidade étnico-racial do país e a importância de políticas públicas voltadas para a população negra. A origem dessa parcela da sociedade teve início da escravização de povos africanos, que durou 388 anos no Brasil, sendo o penúltimo país do mundo a abolir o regime escravocrata.

Assim, após a proclamação da Lei Áurea, concessora da liberdade, essa parcela da população brasileira teve sua cidadania negada, com a restrição de direitos fundamentais que perpetuaram a marginalização da população negra pela inexistência de políticas públicas que os incluíssem à educação, aos direitos civis e aos direitos políticos e sociais, corroborando com todas as formas de racismo até os dias de hoje.

O município de Caxias do Sul, polo industrial metalmecânico de 460.000 habitantes localizado na Serra Gaúcha, é resultante do agrupamento de imigrantes oriundos do norte da Itália que ocuparam a paragem dos tropeiros habitada por indígenas da etnia Kaingang, em meados de 1875. Esta formação idealizada por políticas nacionais de branqueamento da sociedade levou a constituição de uma população predominantemente branca, reiterada por um padrão global de supremacia colonial e patriarcal com resquícios bastante enraizados de racismo estrutural e cultural camuflado no conceito de democracia racial, contribuindo para a distribuição e manutenção das iniquidades raciais aos marginalizados pela sociedade. Nesse contexto territorial, compreender como as desigualdades raciais se expressam no acesso e no cuidado em saúde torna-se fundamental, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), responsável pela coordenação do cuidado e pelo acompanhamento longitudinal das populações adscritas.

Considerando que praticamente um quarto dos residentes no município se autodeclararam pardos e pretos conforme o último censo, políticas públicas que garantam o acesso à saúde de qualidade, suprindo nuances e particularidades étnicas desta população específica em todos os seus ciclos vitais podem não estar asseguradas, apesar da existência da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída desde 2009. Esta política tem como marca o reconhecimento do racismo e das desigualdades étnico-raciais como determinantes sociais em saúde. Todavia, o que é racismo? O conceito de racismo está ligado à ideia absolutamente equivocada de que há superioridade de uma raça ou grupo étnico entre os seres humanos, capaz de inferiorizar determinados grupos em relação a outros. O principal autor contemporâneo sobre o conceito de racismo no Brasil, Silvio de Almeida, em sua obra "Racismo Estrutural" (2018), define racismo não como um ato individual, mas como uma forma sistemática de discriminação que fundamenta práticas conscientes ou inconscientes, gerando desvantagens e privilégios baseados na raça.

Quando essa discriminação está enraizada nas estruturas sociais, políticas e econômicas de uma sociedade, desigualdades raciais se perpetuam através de práticas e políticas que, embora não sejam explicitas, favorecem certos grupos em detrimento de outros (BONILLA; SILVA 2020). É desta forma que o racismo estrutural – também chamado de sistêmico – se faz presente, alimentando um sistema de opressão que mantem o flagelo do racismo para os povos afrodescendentes, principalmente na educação, proteção social, justiça e no acesso à saúde . Para combater as desigualdades raciais no Sistema Único de Saúde (SUS) e implementar ações de enfrentamento às

doenças e agravos que acometem a população negra, é necessário que gestores, juntamente com movimentos sociais e profissionais do SUS, trabalhem em prol da melhoria das condições de saúde desta, a partir da compreensão e do reconhecimento do racismo como determinante de violação de direitos e produção de iniquidades. No âmbito das instituições públicas ou privadas, o racismo institucional equivaleria a ações e políticas institucionais capazes de produzir e/ou manter as vulnerabilidades de indivíduos e grupos sociais vitimados pelo racismo (WERNECK, 2016), perpetrado através de normas, práticas e decisões que, mesmo sem intenção explicita de discriminação, precisa ser combatido com ações de cuidado construídas para extinguir barreiras de acesso.

Os pilares do SUS como a universalidade, a integralidade e a equidade complexificaram seus conceitos para se aproximarem à realidade que as pessoas apresentam e às necessidades das comunidades assistidas. De fato, a universalidade não prescinde de um olhar singular para as desigualdades sociais e regionais. A integralidade articula-se cada vez mais sobre os sentidos de cuidado, buscando desfragmentar as práticas de saúde, centralizando o indivíduo. Coube à equidade retificar o modos de vida e o acesso aos direitos de cidadania, como a saúde, atravessados pelos processos de determinação social, apesar deste último ter sido historicamente negligenciado, especialmente do ponto de vista da justiça social (GAUDENZI, 2023). Logo, o racismo, como determinante social, ainda estabelece inúmeras barreiras no acesso à saúde para os negros e não tem sido suficientemente reconhecido nem enfrentado na sociedade para a produção de equidade. Desta forma, reconhecer que o racismo impacta nas políticas públicas de saúde, nas relações de cuidado e nos processos de adoecimento e morte é *sine qua non* para o acesso à saúde equânime e com qualidade, assim como reconhecer que o racismo institucional, ligado à discriminação incorporada nas políticas e práticas das instituições, produz iniquidades e dificulta o acesso aos serviços de saúde.

Sobremaneira, é essencial que os gestores e profissionais da saúde garantam a inclusão fidedigna à autodeclaração do quesito raça/cor nos sistemas de informação do SUS, prática esta bastante negligenciada, e assim melhorar o diagnóstico, o planejamento e a execução de ações em saúde tão importantes para o enfrentamento das iniquidades e a melhoria das condições da população negra. Faz-se necessária, também, a inserção da abordagem étnico racial no conteúdo da formação dos profissionais e da educação permanente dos trabalhadores da saúde, com a finalidade de melhorar o acesso, desconstruindo preconceitos estruturais ainda enraizados. Para tanto, a geração e disponibilização de dados de saúde nos sistemas de saúde do município que considerem a intersecção raça/cor são imprescindíveis para identificação das iniquidades que afligem esta população. O racismo, por si só, é uma forma de discriminação que afeta indivíduos, mas a interseccionalidade permite entender como esta discriminação se manifesta de forma mais complexa quando combinada com outras formas de desigualdade. É desafiadora a busca de informações que explorem as

iniquidades raciais na área da saúde devido à indisponibilidade de dados pertinentes a raça/cor com suas interseccionalidades nos relatórios dos sistemas de informações em saúde e pelas mudanças dos conceitos referentes às categorias de análise de raça/cor.

> Portanto, os desafios metodológicos na busca de explorar e endereçar as iniquidades raciais são obstáculos no campo da saúde tanto pela indisponibilidade de informações sobre raça/cor por meio de dados padronizados e longitudinais, quanto pelas mudanças conceituais ao longo da história referentes à categorias de análise de raça/ cor/ etnia. Entretanto, as barreiras dos números devem ser superadas e a complexidade e os desafios de aprofundar o debate sobre as desigualdades de raça devem ser endereçadas na saúde coletiva. (Polidoro, M. et al)

É importante destacar que a população negra aumentou em Caxias do Sul nos últimos anos em virtude da imigração de haitianos e senegaleses, além da migração proveniente de outros estados, relacionadas à composição de mão-de-obra nas indústrias e serviços do município. Assim, se faz necessária a contextualização do território adscrito da UBS participante deste estudo (Regional de Porte 1), que abrange 3 bairros e mais alguns loteamentos regulares e irregulares, superando 25.000 pessoas segundo dados do IBGE 2022, das quais 31,5% se autodeclararam pardos e pretos. A área territorial da UBS está contemplada por 4 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e 2 Equipes de Saúde Bucal (Tipo 1). Além disso, complementam as equipes 11 ACS (Agente Comunitário de Saúde), 11 técnicos de enfermagem, 4 médicos de apoio, 2 enfermeiros, 2 pediatras, 2 farmacêuticos, 2 auxiliares de regulação, 1 ginecologista, 1 assistente social e 1 nutricionista. Mesmo diante destes números, os atendimentos extrapolam o ideal e as grandes filas matinais diárias, com dezenas de usuários em busca de atendimento, denotam a dificuldade do acesso. Apesar de a UBS possuir um acolhimento comprometido, com uma equipe resolutiva, a falta de recursos no sistema de saúde não permite que esta alta demanda seja totalmente absorvida. A sobrecarga de atendimentos e de trabalho das equipes prejudica o acesso dos usuários e colocam em risco o cuidado equitativo e integral à população atendida. Qualificar processos de trabalho e ampliar o acesso podem representar uma estratégia de garantia dos princípios e diretrizes do SUS.

Portanto, há o questionamento sobre a qualidade e a equidade do acesso aos serviços de saúde disponibilizado pelo município a esta parcela da população que, apesar de estar entre as cinquenta maiores cidades brasileiras, com índice de desenvolvimento humano de 0,782, pode estar em débito quanto a implementação da PNSIPN. É sabido também, através dos dados censitários e dos cadastros das ACS, que a grande maioria da população negra pertencente ao território adscrito da UBS se encontra em microáreas permeadas por saneamento inadequado ou inexistente; sem infraestrutura urbana como ruas pavimentadas ou sinal de celular; sem acesso ao transporte público e em moradias bastante precárias, exposta à racialização das vulnerabilidades, traduzidas em determinantes sociais de saúde.

A construção de estratégias que contemplem a equidade nos diferentes grupos populacionais deve se dar em conjunto com a sociedade, com os movimentos sociais para garantir sua eficácia, proporcionando vínculo e pertencimento, beneficiando esta coletividade historicamente negligenciada. É devido considerar que melhorias no acesso à saúde e atenção à equidade desta população por parte da equipe e dos gestores são necessárias para que índices contemplem o conceito mais amplo de saúde tão almejado por todos nós, que não se refere somente a ausência de afecções e enfermidades e sim, a um estado de completo bem-estar físico, mental e social. (OMS, 1998)

Além das lacunas de informação sobre raça/cor nos sistemas de saúde, destaca-se a importância central da formação profissional como ferramenta essencial para a consolidação de práticas antirracistas e a promoção da equidade. A formação dos profissionais, tanto na graduação quanto nas ações de educação permanente, é condição indispensável para promover a sensibilização, desenvolver competências críticas e técnicas, e desconstruir concepções arraigadas que perpetuam desigualdades no cuidado.

A presença do tema do racismo e das desigualdades raciais na formação dos profissionais de saúde permite identificar, problematizar e enfrentar situações de discriminação institucional e estrutural. Dessa forma, a educação em saúde não apenas contribui para qualificar o atendimento na ponta, mas também, subsidiar gestores e equipes para implementar políticas públicas inclusivas, fortalecendo o PNSIPN e os princípios do SUS.

Assim, incorporar estratégias formativas crítico-reflexivas que auxiliem os profissionais a reconhecer e atuar sobre processos discriminatórios é fundamental para transformar o cotidiano dos serviços e consolidar o acesso equânime à saúde, traduzindo avanços legais e epidemiológicos em práticas efetivas e justas aos diferentes grupos populacionais, diminuindo assim, as iniquidades que o racismo estrutural provoca nos serviços de saúde.

Diante desse contexto, coloca-se a seguinte questão de pesquisa: como usuários e profissionais de saúde percebem o racismo e as desigualdades raciais no acesso e no cuidado em saúde em um território da APS e de que maneira essas percepções podem subsidiar estratégias formativas voltadas ao enfrentamento do racismo institucional nos serviços de saúde?

## 3. OBJETIVOS

### 3.1. Objetivo geral

Avaliar o acesso e o cuidado em saúde da população negra em um território adscrito à Atenção Primária, a partir das percepções de usuários e profissionais de saúde, visando subsidiar o desenvolvimento de dispositivo pedagógico para letramento e formação profissional, alinhado à

educação permanente em saúde, para o enfrentamento das desigualdades raciais na assistência do cuidado.

### 3.2. Objetivos específicos

- Identificar barreiras, iniciativas e demandas em relação à equidade em saúde, a partir das percepções de usuários da UBS, evidenciando os efeitos do racismo estrutural nos processos de cuidado;
- Identificar barreiras, iniciativas e demandas em relação à equidade em saúde, a partir das percepções dos profissionais de saúde, evidenciando os efeitos do racismo estrutural e institucional nos processos de trabalho e cuidado;
- Desenvolver material didático em formato de HQ voltado ao letramento racial crítico na Atenção Primária à Saúde.

## 4. REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1. Acesso e equidade da população negra

Para este estudo, os artigos foram coletados de forma digital para uma revisão por conveniência, buscando reunir, analisar, sintetizar e aprofundar o conhecimento sobre o acesso e equidade da população negra, proporcionando uma compreensão mais abrangente, através da revisão da literatura sobre o tema. Dentre todas as publicações, é de ampla concordância que o racismo, como determinante social, é herança do colonialismo escravocrata que fundou a sociedade do Brasil. Após a redemocratização, em meados dos anos 80, em meio ao pleito por uma reforma sanitária que criasse um sistema de saúde em favorecimento de toda a população brasileira de forma igualitária, movimentos populares evidenciaram a necessidade de mudanças políticas que atendessem as pautas dos menos favorecidos. Assim, após a Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e a Vida, em 1995, e o reconhecimento por parte do governo de que o Brasil era um país de práticas discriminatórias persistentes, abriu margem para discussões de possíveis soluções acerca dos problemas que tinham como fulcro as iniquidades raciais. Expoente destas discussões, o geógrafo brasileiro Milton Santos (2000) ao longo de sua obra sempre defendeu a necessidade de "descolonizar" o olhar e pensar o mundo a partir de uma perspectiva própria, especialmente em relação ao Terceiro Mundo, e não na perspectiva eurocêntrica, hegemônica e globalizada, promotora de perversidades, valorizando as realidades locais e das periferias, para a concepção da territorialidade.

Mais tarde, com o intuito de oferecer diretrizes para combater o racismo e a discriminação nas instituições e serviços do SUS, foi instituída em 2009 a Política Nacional de Saúde Integral da

População Negra (PNSIPN), com a finalidade de combater as desigualdades injustas e provocadas que comprometem o princípio da equidade. No entanto, a maioria dos estudos sobre o tema evidencia que a PNSIPN não tem sido devidamente implementada e os fatores para tal incluem o desconhecimento da política por parte dos gestores e profissionais (ANUNCIAÇÃO, 2022); o não reconhecimento ao racismo institucional e à importância das ações afirmativas no sistema de saúde, além da falta de indicadores com recorte raça/cor para a identificação dos agravos à saúde e a proposição de ações que contemplem as necessidades específicas da população negra.

A PNSIPN é fundamentada em seis diretrizes:

I – 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;

II – ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa dos SUS, adotados no Pacto pela Saúde;

III – incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;

IV – promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas;

V – implementação do processo de monitoramento e implementação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução às desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo; e

VI – desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades.

Desta forma, conforme disposto pelas diretrizes, o incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico, assim como o desenvolvimento de processos de informação não podem ser restritos ao preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. É necessário, por exemplo, além da transparência e disponibilidade de informações, considerar a interseccionalidade de dados distintos e suas relações sociais e políticas que possam dar visibilidade às desigualdades raciais, apresentando um sentido mais complexo a noções de diversidade, diferença e discriminação.

Claudia Jones (1981), intelectual, jornalista e ativista comunista afro-caribenha, conhecida por desenvolver o conceito de "tripla opressão" (raça, classe e gênero), defendia, ainda em meados de 1949, a busca plena pela igualdade. Este conceito, fundamental e precursor da interseccionalidade, demostra que as essas opressões não atuam isoladamente, mas se entrelaçam, criando uma vivência singular de marginalização. Portanto, a interseccionalidade ajuda a pensar formas de criar e aplicar

políticas públicas que de fato promovam o princípio máximo de igualdade, sem distinção de qualquer natureza. O seu conceito, consolidado por Kimberlé Crenshaw (1989) no contexto de mulheres negras dos Estados Unidos, expõe que a interação ou sobreposição de fatores sociais combinam para determinar os alvos de opressões e como essas desigualdades irão operar.

Para exemplificar as desigualdades sofridas por estes alvos, é relevante evidenciar o abismo entre brancos e negros no acesso à saúde do país. Assim, em 2023, a plataforma Centro de Estudos e Dados sobre Desigualdades Raciais (CEDRA), com uma compilação de informações em saúde produzidos pela Pesquisa Nacional de Saúde em 2019, a partir do cruzamento de dados do DATASUS e do Ministério da Saúde, destacou o racismo sistêmico na saúde, assim como ocorre em outros campos da vida dos brasileiros. A pesquisa revelou, por exemplo, que 29,2% da população negra brasileira nunca havia ido ao dentista ou não se consultava com o profissional há mais de três anos, contra 20,1% dos brancos. Além disso, 34% dos negros adultos tinham uma percepção negativa de sua saúde bucal. Já entre as crianças negras menores de dois anos, 24,2% não haviam feito o Teste da Orelhinha (triagem auditiva neonatal) e essa porcentagem caía pela metade tratando-se de crianças brancas. Ainda, de acordo com a pesquisa, apenas 21,7% da população negra possuía plano de saúde ou odontológico, em 2019. Entre brancos, o número era de 40%. Estas informações corroboram com a realidade de que a maioria dos negros tem como plano de saúde, o SUS.

Segundo o Atlas da Violência (CERQUEIRA, 2024), em 2022, a vitimização de pessoas negras (soma de pretos e pardos), em registro de homicídios, correspondeu a 76,5% do total de homicídios registrados no país e, do total de mulheres acometidas, 66,4% eram negras (1,7 vezes mais chances de serem vítimas quando comparadas a mulheres não negras). Todos esses dados explicitados demonstram as faces do racismo e permitem compreendê-lo como um agravo à saúde a ser combatido à luz das evidências.

O censo do IBGE de 2022 apontou que a taxa de analfabetismo entre a população negra (pretos e pardos) no Brasil é mais do que o dobro da taxa entre a população branca. Em 2022, enquanto a taxa de analfabetismo entre brancos era de 4,3%, entre pretos e pardos era de 10,1% e 8,8% respectivamente. Essa diferença foi ainda mais acentuada entre os idosos, onde a taxa de analfabetismo entre os negros pode ser até três vezes maior do que entre os brancos. O IBGE mostrou também que o abandono escolar é maior entre negros no ensino médio e no ensino superior, brancos graduados (6,5%) representam mais que o dobro do índice de pretos e pardos com a graduação completa (2,9%). Segundo o levantamento, o fator principal para o abandono escolar é a necessidade de trabalhar. A literatura evidencia que o racismo estrutural e institucional permanece como um determinante social relevante na produção de desigualdades em saúde no Brasil, impactando o acesso, a qualidade do cuidado e os desfechos em saúde da população negra. Apesar dos avanços representados pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), persistem

desafios relacionados à sua implementação nos serviços de saúde, ao reconhecimento do racismo institucional e à insuficiência de processos formativos voltados à equidade racial. Nesse contexto, a APS ocupa posição estratégica para o enfrentamento dessas desigualdades. Assim, torna-se necessário compreender como usuários e profissionais percebem o acesso à saúde da população negra, de modo a subsidiar estratégias formativas que contribuam para práticas de cuidado mais equitativas no SUS.

### 4.2. Educação permanente em saúde e tecnologias educacionais na APS

A educação permanente em saúde na Atenção Primária em Saúde (APS) é uma estratégia político-pedagógica essencial para promover mudanças estruturais no SUS. A educação permanente demanda estratégias efetivas, inovadoras e acessíveis aos profissionais a que se destinam para a transformação das práticas profissionais e a qualificação do cuidado em saúde no cotidiano do trabalho. A proposição de uma ação educativa deve encontrar eco na realidade dos profissionais e dos territórios. Assim, o envolvimento dos indivíduos no processo de entendimento e reflexões críticas dos contexto das necessidades do trabalho é que geram o comprometimento para mudanças significativas. Apesar das dificuldades que se apresentam quanto à implementação de programas de capacitações contínuas oriundas da sobrecarga de trabalho das equipes, da precarização do serviços de saúde  e das condições de trabalho, o uso de tecnologias educativas emerge como uma solução promissora para potencializar e ampliar o alcance das ações educativas. As dificuldades não se restringem à disponibilização de ações educativas, mas também a abordagem de temas sensíveis e complexos, como o racismo, nos serviços de saúde.

Desta forma, dispositivos como as histórias em quadrinhos (HQs) são considerados uma ferramenta pedagógica inovadora e eficaz. A HQ permite abordar a complexidade do racismo estrutural e institucional na saúde de forma visual, profunda e ao mesmo tempo, lúdica e acessível, com caráter comunicacional multimodal na educação permanente em saúde, facilitando a reflexão sobre o cotidiano de trabalho e a desconstrução de preconceitos e contribuindo para o letramento racial. Os elementos visuais e textuais combinados simplificam conceitos complexos, tornando o processo de reflexão e aprendizagem mais atraente e acessível a diferentes públicos, proporcionando acessibilidade e engajamento. As HQs, quando utilizadas como ferramenta de problematização, facilitam a análise de situações reais do cotidiano de trabalho na saúde, permitindo que as equipes reflitam sobre suas práticas. Além disso, as HQs podem ser usadas para relatar experiências de pacientes ou situações de conflito, ajudando profissionais a desenvolverem uma visão mais empática e humanizada, através da desconstrução e construção de conceitos oriundos da reflexão crítica proporcionada pela ferramenta.

## 5. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, aprovado pelo Comitê de Ética (CEP) sob o nº CAAE 91759425.9.0000.5345 e desenvolvido no âmbito da Atenção Primária em Saúde, com o objetivo de compreender como o racismo estrutural e institucional atravessa o acesso e o cuidado em saúde no cotidiano de uma Unidade Básica de Saúde. Os achados empíricos subsidiaram a elaboração de um produto técnico-tecnológico em formato de material educativo (HQ), voltado à promoção do letramento racial crítico entre profissionais da Atenção Primária à Saúde.

Para isso, o estudo foi dividido em duas etapas: (1) etapa investigativa, destinada à compreensão das percepções de usuários e profissionais de saúde sobre o racismo no contexto da APS; e (2) etapa de desenvolvimento do produto técnico-tecnológico, correspondente à elaboração de um material educativo em formato de história em quadrinhos (HQ), norteador de promoção do letramento racial crítico no cotidiano dos serviços de saúde.

A **Etapa 1** do estudo foi realizada em uma UBS de Estratégia Saúde da Família, composta por quatro equipes de ESF, duas ESB e uma multiprofissional, localizada em um território presente de muitas áreas de vulnerabilidade e pouca infraestrutura. Para esta etapa, foram aplicadas pela pesquisadora entrevistas semiestruturadas presenciais, compostas por questões norteadoras referentes ao tema do estudo, tanto para profissionais de saúde atuantes na UBS participante do estudo (APÊNDICE A), quanto para os usuários do território (APÊNDICE B), em um espaço de privacidade e sigilo. Os profissionais de saúde e usuários que se dispuseram a participar no período de setembro à dezembro de 2025 foram convidados pessoalmente, limitando-se a 20 entrevistas por grupo (profissionais de saúde e usuários), previstas em um tempo aproximado de 40 minutos para profissionais e 20 minutos para usuários, gravadas com o uso de um aplicativo gravador do celular da pesquisadora e, posteriormente, transcritas e armazenadas no banco de dados da pesquisa para análise. O número de entrevistas foi definido considerando o critério de saturação teórica dos dados, entendido como o momento em que a coleta de novas informações deixa de acrescentar elementos relevantes para a compreensão do fenômeno estudado. Durante o processo de coleta e análise preliminar das entrevistas, observou-se a recorrência de temas, percepções e experiências semelhantes entre os participantes, indicando a suficiência das informações produzidas para atender aos objetivos da pesquisa. Assim, a realização de 20 entrevistas com cada grupo foi considerada adequada para garantir a diversidade de perspectivas e a profundidade analítica necessária ao estudo qualitativo. Os usuários que se autodeclararam pretos ou pardos, residentes no território e que frequentaram o serviço, minimamente, desde janeiro de 2023 foram convidados, por conveniência, a participar da pesquisa, enquanto estivessem aguardando atendimento na UBS. Estas informações se confirmaram ao questionar os usuários quanto ao tempo de residência no território e quanto ao tempo de utilização

do serviço de saúde. As entrevistas transcritas na íntegra foram submetidas à análise de conteúdo do tipo temática, conforme a abordagem proposta por Laurence Bardin (2016), que considera o objeto da análise de conteúdo a palavra, em seu aspecto individual e em seu ato de linguagem, buscando compreender o significado e o contexto em que se insere. Esse método se desenvolveu em três grandes etapas:

- A pré-análise, envolvendo a leitura exaustiva e flutuante das transcrições das entrevistas, buscando a familiarização com os corpus e a elaboração de um referencial com os objetivos da pesquisa;
- A exploração do material, envolvendo a identificação, a codificação e o agrupamento dos trechos das falas em unidades de significado, a partir das quais emanaram os temas centrais relacionados ao objeto de estudo (como barreiras de acesso, experiências de racismo institucional, estratégias de enfrentamento e percepções sobre equidade). Esta seria a fase mais longa e complexa pelo volume das 40 entrevistas a serem codificadas e exploradas. Para tanto, foi utilizado o software de código aberto IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimencionnelles de Textes et de Questionnaires)*. Este software livre, de código aberto, com o propósito de analisar volumes expressivos de textos, permitiu realizar vários tipos de análises de conteúdo, como a lexográfica, de especificidades, o método da classificação hierárquica descendente (CHD), análise fatorial de correspondência (AFC), análise de similitudes e nuvem de palavras. Assim, os resultados desta ferramenta permitiram detectar indicadores e visualizar intuitivamente a estrutura e os ambientes dos textos que compõem os *corpus.* Para a preparação dos *corpus* textuais, o primeiro, relativo às entrevistas dos usuários e o segundo, relacionado às entrevistas dos profissionais, foi utilizado um editor de textos para organizar as transcrições em um único arquivo e depurar os textos, suprimindo vícios de linguagem e caracteres que pudessem interferir no resultado das análises: aspas (“), apóstrofo (‘), hífen (-), cifrão ($), percentagem (%), reticências (…) e asterisco (*). Este último só foi utilizado nas linhas de comando que antecedem cada texto. Em seguida, os arquivos dos *corpus* foram salvos no formato .txt, utilizando a codificação UFT-8, exigência para funcionamento do software;
- O tratamento dos resultados e a interpretação dos dados, integrantes da terceira etapa, que possibilitaram a organização dos temas e subtemas emergentes, interpretados à luz do referencial teórico e dos objetivos do estudo, além da comparação dos achados entre os diferentes grupos (profissionais e usuários), permitindo discutir as convergências e divergências das experiências relatadas. Os achados empíricos provenientes da pesquisa foram confrontados com as diretrizes da PNSIPN.

Já a **Etapa 2** deste estudo, apresentada no capítulo 9, correspondeu ao desenvolvimento do produto técnico-tecnológico, consistindo na elaboração de um material educativo em formato de HQ (História em Quadrinhos), seguido de sugestões de utilização e desdobramentos, destinado à promoção do letramento racial crítico entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. A construção

do material educativo foi orientada pelos resultados da etapa qualitativa da pesquisa, de modo que os eixos temáticos identificados nas entrevistas com os usuários e profissionais serviram como base para a definição do conteúdo narrativo da HQ. Este produto atendeu à uma demanda emergente apontada pelo estudo, conforme preconizado pelo Guia de PTT do PROFSAÚDE para a qualificação profissional da atenção básica, e foi categorizado como "material didático", atuando como suporte pedagógico na mediação dos processos de ensino e aprendizagem em diversos contextos educacionais.

O uso da IA foi auxiliar para a revisão ortográfica e tradução do resumo desta dissertação para língua estrangeira.

## 5.1. Delimitação metodológica das entrevistas com usuários – análise de conteúdo

### 5.1.1. Pré-análise

- Corpus: 20 entrevistas semiestruturadas com usuários negros e pardos de uma UBS de Caxias do Sul.
- Critérios de inclusão: usuários adultos, autodeclarados negros ou pardos, com vínculo com a UBS.
- Leitura flutuante: identificação de regularidades discursivas, contradições, silêncios e deslocamentos.
- Unidade de contexto: entrevista completa.
- Unidade de registro: temas, sentidos e significações associados ao acesso, atendimento, racismo e cuidado.

### 5.1.2. Estratégia analítica

- Codificação temática do *corpus* textual dos usuários, utilizando o software IRaMuTeQ, para demonstrar a posição e a estrutura das palavras em um texto, com suas respectivas ligações de significado, considerando a frequência com que aparecem;
- Agrupamento em categorias empíricas e subcategorias analíticas;
- Identificação de núcleos de sentido recorrentes e divergentes;
- Formação dos eixos analíticos.

### 5.2. Delimitação metodológica das entrevistas com profissionais – análise de conteúdo

#### 5.2.1. Pré-análise

- Corpus: 20 entrevistas semiestruturadas com profissionais de uma UBS de Caxias do Sul;
- Diversidade de categorias profissionais: ACS, técnicos, enfermeiros, médico, nutricionista, dentista, ASB, regulação, atuantes há mais de 6 meses no serviço;
- Autodeclaração racial: maioria branca e parda; apenas um profissional autodeclarado preto;
- Unidade de contexto: entrevista completa;
- Unidade de registro: núcleos de sentido relacionados a racismo, equidade, práticas institucionais, decisões clínicas, formação profissional, dados e indicadores raciais.

#### 5.2.2. Estratégia analítica

- Codificação temática do *corpus* textual dos profissionais, utilizando o software IRaMuTeQ, para demonstrar a posição e a estrutura das palavras em um texto, com suas respectivas ligações de significado, considerando a frequência com que aparecem, conforme já explanado anteriormente;
- Agrupamento em categorias empíricas e subcategorias analíticas;
- Identificação de núcleos de sentido recorrentes e divergentes;
- Formação dos eixos analíticos.

## 6. ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS

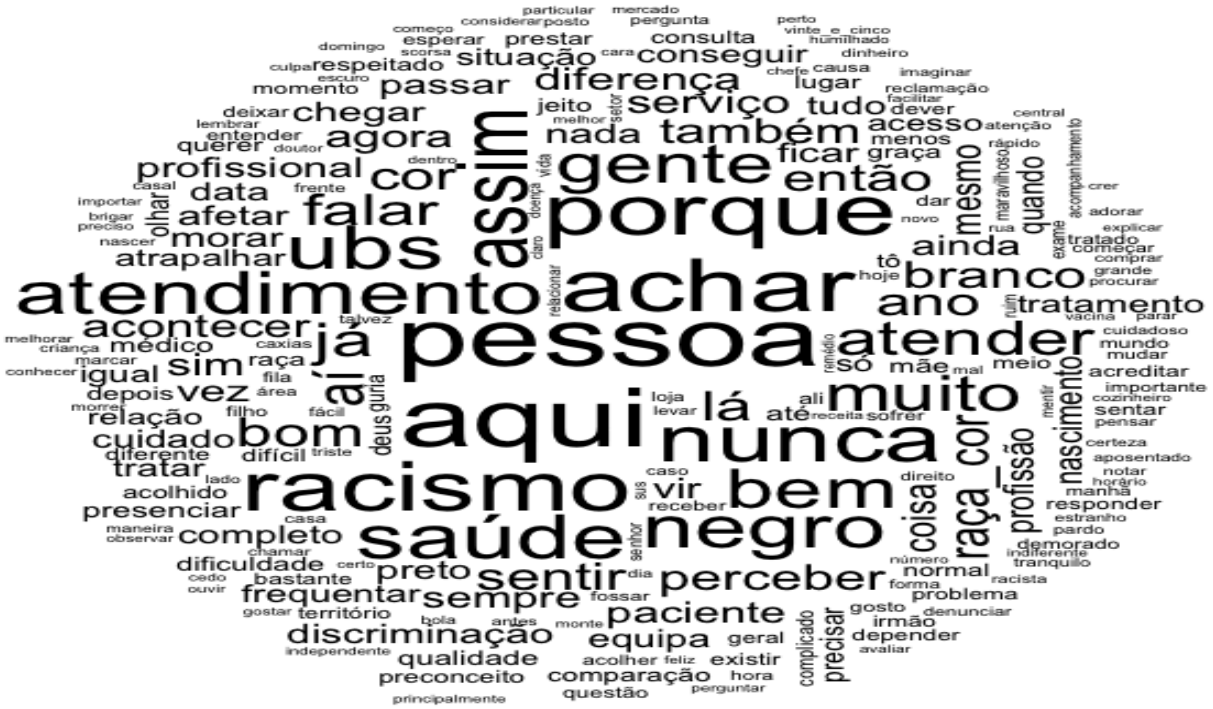
A análise qualitativa das entrevistas realizadas com usuários (n=20) e profissionais de saúde (n=20) de uma Unidade Básica de Saúde do município de Caxias do Sul/RS é apresentada neste capítulo com o objetivo de compreender como o racismo — em suas dimensões estrutural, institucional e interpessoal — atravessa o acesso, o cuidado e as práticas em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A análise foi conduzida segundo a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016) e capaz de apreender sentidos, contradições, silêncios e racionalizações presentes nos discursos, indo além da descrição literal das falas. O material empírico foi interpretado à luz de um referencial crítico que compreende o racismo como determinante social da saúde, articulando os

aportes de Almeida (2019) sobre racismo estrutural, Werneck (2016) sobre racismo institucional em saúde e Paim (2008) acerca do SUS, equidade e justiça social.

Para tanto, com o intuito de subsidiar a análise dos corpus devido ao grande volume textual, utilizou-se da tecnologia do software IRaMuTeQ, que fornece vários resultados de processamentos e os achados estenderiam significativamente esta etapa, não sendo este o foco do estudo. Assim, foram escolhidos 4 formas de processamento que corresponderam às necessidades para agrupar as unidades de significado dos *corpus* textuais. Desta forma, ambos os *corpus* foram submetidos aos processamentos denominados nuvem de palavras, análise de similitude, classificação hierárquica descendente e análise fatorial de correspondência, que se mostraram mais colaborativos para a construção dos eixos analíticos emergentes das unidades de significados correspondentes e, portanto, com os objetivos deste estudo. Estes resultados subsidiaram, mas não determinaram a construção interpretativa dos eixos.

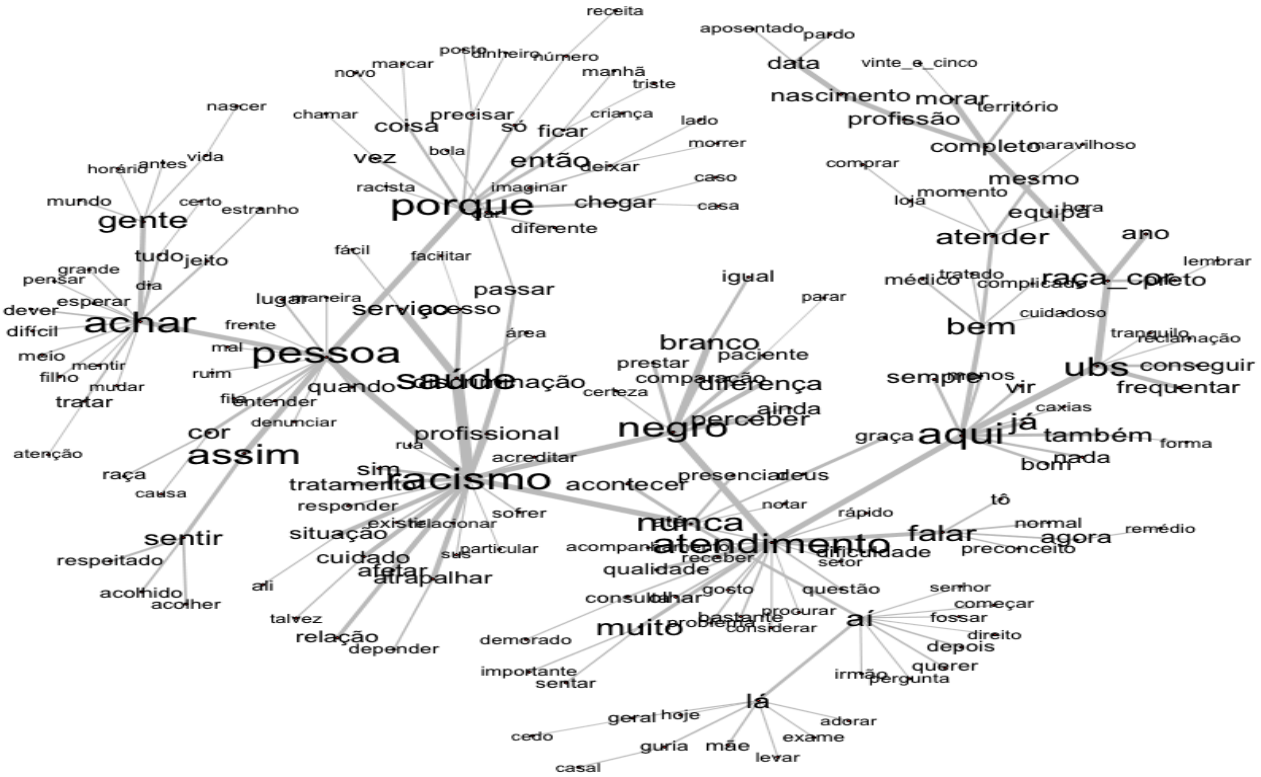
A nuvem de palavras corresponde ao agrupamento e organização gráfica das palavras em função da frequência que aparecem nos textos. Assim, considera-se que as palavras que aparecem com fontes maiores, tornam-se as mais relevantes, porque foram utilizadas mais vezes em cada corpus – **Figuras 1A e 1B**. Outra forma utilizada para analisar os dados foi por meio da análise de similitude, que representa, através de indicadores estatísticos, as ligações existentes entre as palavras em um corpus. Nas **Figuras 2A e 2B** é possível observar a conexidade existente entre as palavras presentes nos textos. É importante observar nas figuras correspondentes à similitude, o tamanho da fonte, a espessura das linhas que ligam as palavras e o conjunto a qual pertencem, revelam termos mais expressivos e com relações mais fortes ou mais tênues e mais próximas ou distante umas das outras, como uma árvore de palavras com suas ramificações a partir das relações guardadas entre si nos textos. Após, foi aplicada a análise de classificação hierárquica descendente (CHD) para apresentar a relação entre as classes de segmento de texto – **Figuras 3A e 3B**. Cada classe de segmentos de texto apresenta vocabulário semelhante entre si e, ao mesmo tempo, diferente do vocabulário dos segmentos de textos de outras classes. O dendograma demonstra a ligação entre as palavras que estão associadas entre si, permitindo interpretar as formações de cada classe e compreender as aproximações e afastamentos entre as classes criadas. Por último, aplicou-se a análise fatorial de correspondência (AFC), que apresentou os aspectos da classificação hierárquica descendente numa visão bidimensional. Nesse plano, as aproximações e ou entre as classes podem ser identificados com precisão de acordo com a disposição nos quadrantes – **Figuras 4A e 4B**.

**Figura 1A** – Nuvem de palavras (*corpus* Usuários)



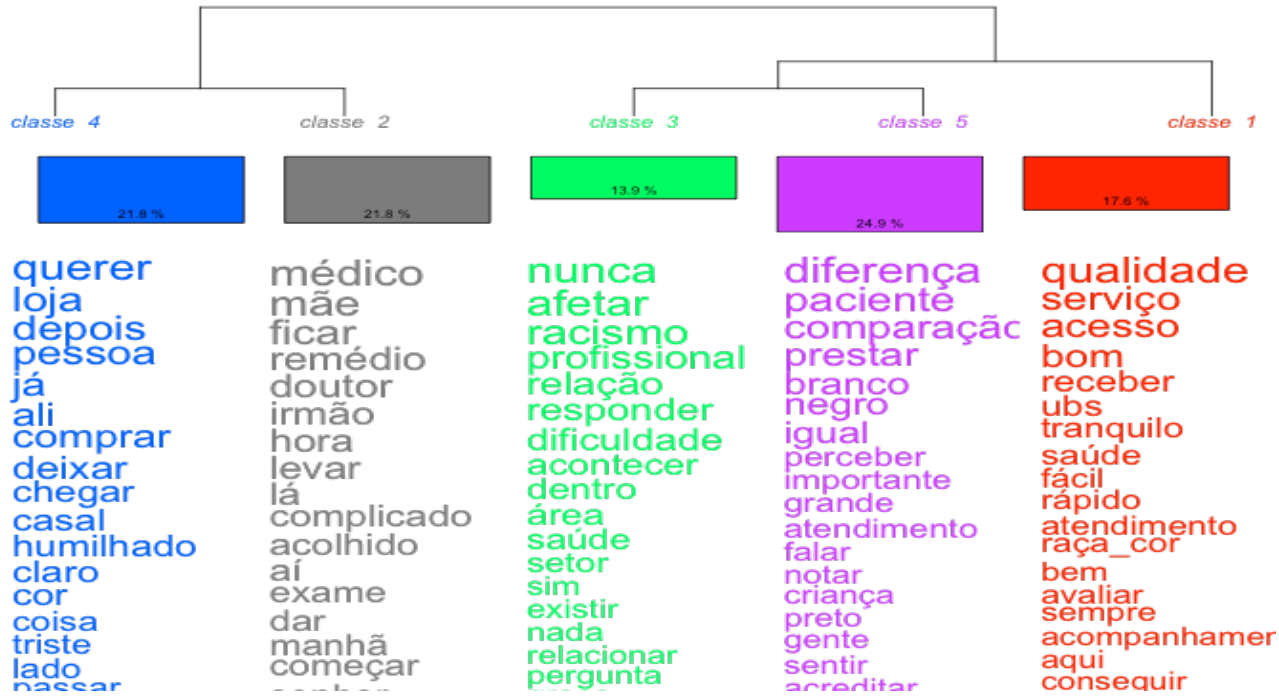

Fonte: Elaboração própria

**Figura 2A** – Análise de similitude entre as palavras do *corpus* Usuários



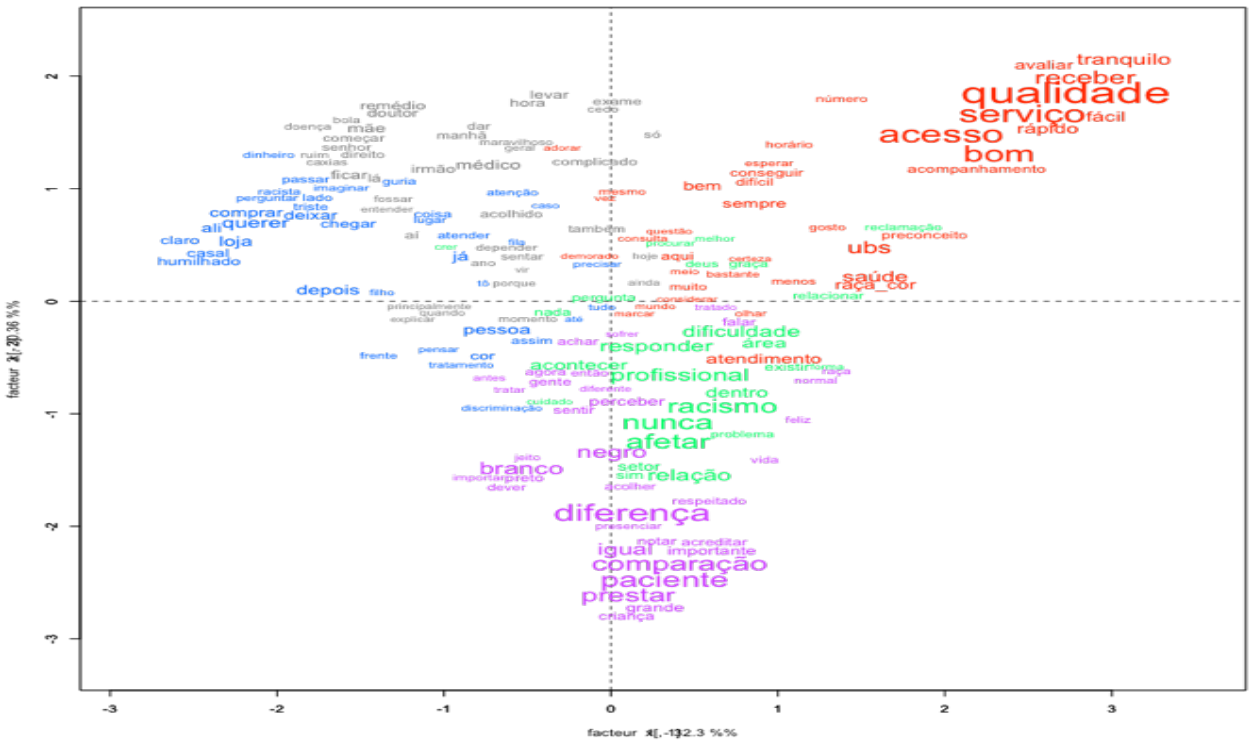

Fonte: Elaboração própria

**Figura 3A** – Dendograma da classificação hierárquica descendente (CHC) do *corpus* Usuários




Fonte: Elaboração própria

**Figura 4A** – Análise fatorial de correspondência (AFC) das palavras ativas mais frequentes em cada uma das classes lexicais obtidas na classificação hierárquica descendente no *corpus* Usuários.




Fonte: Elaboração própria

A partir das entrevistas dos usuários e após utilização do software IRaMuTeQ, que forneceu vários resultados de processamentos para análise do conteúdo, emergiram cinco grandes eixos analíticos, que estruturam a matriz de Bardin:

1. Acesso aos serviços de saúde

2. Qualidade do atendimento e acolhimento

3. Percepções sobre raça/cor e identidade racial

4. Racismo no cuidado em saúde

5. Negação, naturalização e silenciamento do racismo

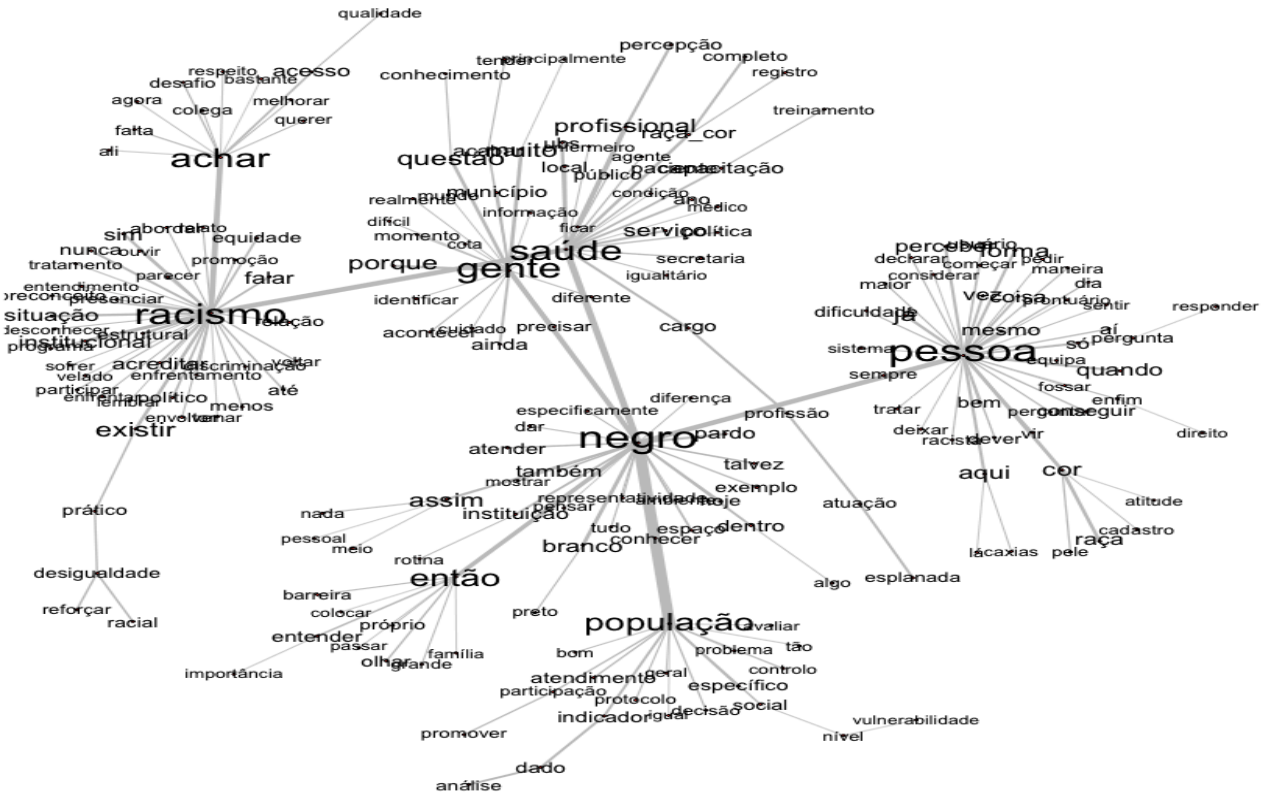
Da mesma forma que foram conduzidos os processamentos e análises interpretativas do corpus textual dos usuários, replicou-se a metodologia para obtermos os resultados correspondentes ao corpus textual dos profissionais, gerando seis grandes eixos apresentados adiante, que, assim como os demais, foram interpretados à luz da literatura correspondente ao tema (Almeida, Werneck, Paim e Starfield), dialogando diretamente com os objetivos da pesquisa e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

**Figura 1B** – Nuvem de palavras (*corpus* Entrevistas Profissionais)




Fonte: Elaboração própria

**Figura 2B** – Análise de similitude entre as palavras do *corpus* Entrevistas



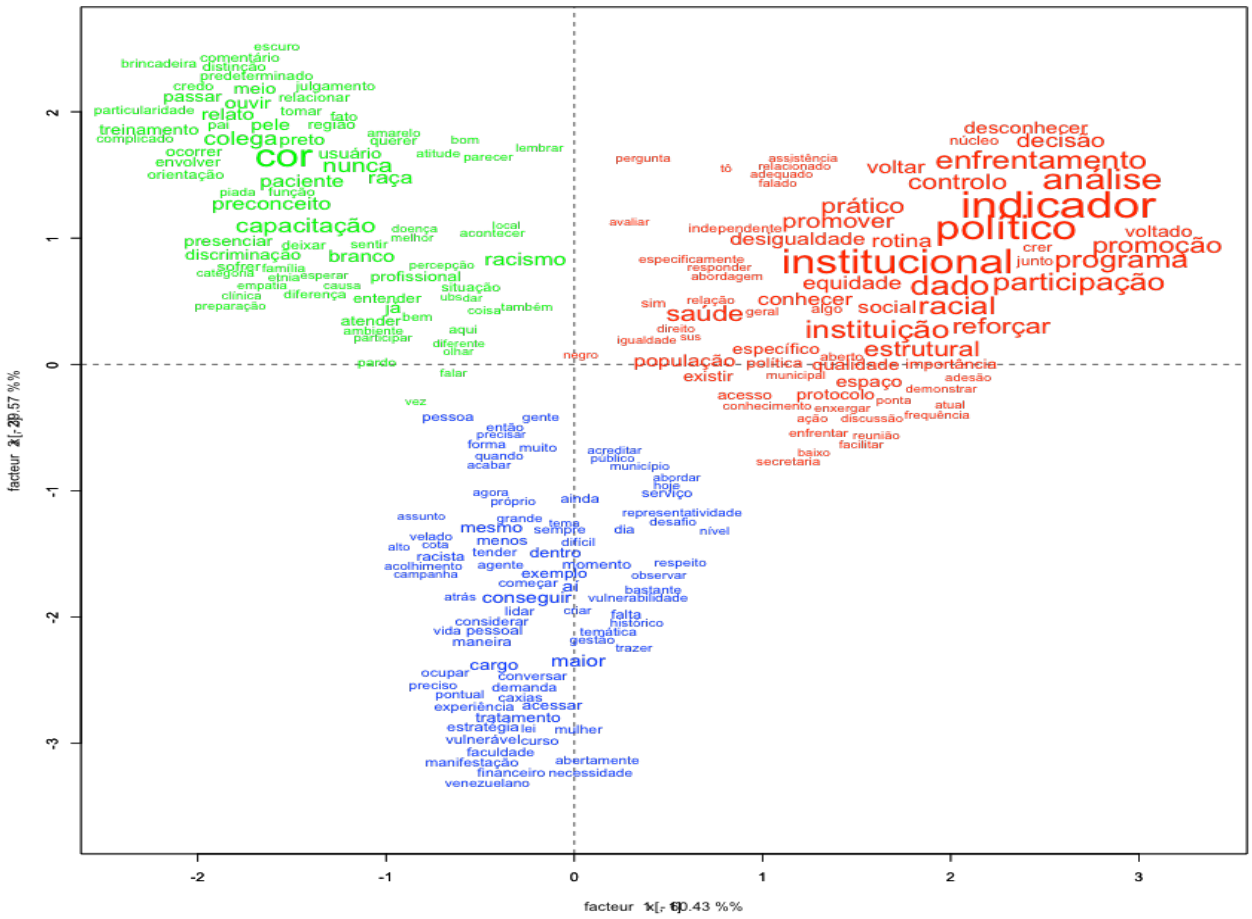

Fonte: Elaboração própria

**Figura 3B** – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHC) do *corpus* Entrevistas Profissionais




Fonte: Elaboração própria

**Figura 4B** – Análise fatorial de correspondência (AFC) das palavras ativas mais frequentes em cada uma das classes lexicais obtidas na classificação hierárquica descendente no *corpus* Entrevistas Profissionais




Fonte: Elaboração própria

Assim, seis grandes eixos foram formados a partir das entrevistas com os profissionais, utilizando o software IRaMuTeQ e derivados de três unidades de significado que estruturaram a matriz de Bardin:

1. Concepções de racismo
2. Racismo institucional na UBS: negação e silenciamento
3. Formação profissional e educação permanente
4. Racismo, práticas de cuidado em saúde e decisões clínicas
5. Variável raça/cor e indicadores em saúde
6. Racismo estrutural, gestão e representatividade

## 6.1. MATRIZ DE ANÁLISE QUALITATIVA – ENTREVISTAS USUÁRIOS

### EIXO 1 – ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

| *Categoria* | *Subcategoria* | *Núcleo de sentido* | *Exemplos empíricos* |
|---|---|---|---|
| *Acesso formal ao SUS* | Barreiras organizacionais | Filas, madrugar, dificuldade de marcação | "Tem que estar às quatro da manhã pra pegar número" (U1); "É bem complicado, tem que vir cedo" (U18) |
| | Comparação territorial | UBS como melhora em relação a outros locais | "Aqui é bem melhor que no meu estado" (U13); "Melhorou bastante" (U8) |
| | Universalização aparente | Acesso entendido como igual para todos | "Se não tem pro branco, não tem pro negro" (U4) |

Fonte: Elaboração própria

Interpretação analítica:

O acesso é frequentemente compreendido como um problema estrutural do SUS, mas raramente racializado de forma explícita. Há uma desracialização do acesso, mesmo quando as barreiras afetam desproporcionalmente a população negra.

### EIXO 2 – QUALIDADE DO ATENDIMENTO E ACOLHIMENTO

| *Categoria* | *Subcategoria* | *Núcleo de sentido* | *Exemplos* |
|---|---|---|---|
| *Qualidade do cuidado* | Avaliação positiva | Atendimento bom, humanizado | "Sempre fui bem atendida" (U11); "Maravilhoso" (U14) |
| | Ambivalência | Bom atendimento médico x recepção problemática | "Os médicos são ótimos, a recepção é péssima" (U1) |
| | Falta de escuta | Atendimento apressado ou desatento | "Atendem com pressa" (U18); "Menosprezou a dor" (U2 – irmão) |

Fonte: Elaboração própria

Interpretação analítica:

A qualidade do atendimento aparece dissociada da dimensão racial de forma explícita, mas relatos de desatenção, pressa e menosprezo emergem como possíveis manifestações sutis de racismo institucional.

## EIXO 3 – RAÇA, IDENTIDADE E AUTODECLARAÇÃO

| *Categoria* | *Subcategoria* | *Núcleo de sentido* | *Exemplos* |
|---|---|---|---|
| *Falar sobre raça/cor* | Naturalização | "Normal", "tranquilo" | U1, U3, U5 |
| | Afirmação identitária | Orgulho e reconhecimento racial | "Me assumindo como mulher preta" (U2) |
| | Desconforto e dor | Raça associada à humilhação | "A humilhação é grande" (U7); "É complicado falar" (U17) |

Fonte: Elaboração própria

Interpretação analítica:

Há heterogeneidade na vivência racial: enquanto alguns expressam orgulho e politização da identidade negra, outros revelam sofrimento, silenciamento e estratégias de autoproteção.

## EIXO 4 – RACISMO NO CUIDADO EM SAÚDE

| *Categoria* | *Subcategoria* | *Núcleo de sentido* | *Exemplos* |
|---|---|---|---|
| *Racismo percebido* | Diferenciação no atendimento | Brancos atendidos primeiro | U5, U7, U17, U20 |
| | Desvalorização da dor | Menosprezo de sintomas | Caso do AVC da mãe (U7); irmão queimado (U2) |
| | Racismo indireto | Olhares, demora, frieza | "Acho que ele fica com nojo" (U1); Olham diferente" (U20); "Demora por causa da cor" (U20) |

Fonte: Elaboração própria

Interpretação analítica:

O racismo aparece majoritariamente de forma indireta, simbólica e relacional, caracterizando o racismo institucional descrito na literatura: não declarado, mas produtor de desigualdades no cuidado.

## EIXO 5 – NEGAÇÃO, NATURALIZAÇÃO E SILENCIAMENTO

| *Categoria* | *Subcategoria* | *Núcleo de sentido* | *Exemplos* |
|---|---|---|---|
| *Negação do racismo* | Universalismo abstrato | "Somos todos iguais" | U4, U8, U12 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Responsabilização individual | Racismo como questão de comportamento | “A pessoa tem que se apresentar como cidadão” (U8) |
| | Silenciamento | Evitar conflito | “Comigo nunca aconteceu, mas já vi várias vezes, não levo para o coração” (U6); “Nunca vi, mas se visse denunciava” (U9) |

Fonte: Elaboração própria

Interpretação analítica:

A negação do racismo funciona como mecanismo de reprodução do racismo estrutural, ao invisibilizar desigualdades racializadas sob o discurso da igualdade formal do SUS.

### 6.1.1. Análise interpretativa

A análise evidencia que:

- O racismo não se manifesta majoritariamente como agressão direta, mas como demora no atendimento, menosprezo da dor, descrédito do relato, tratamento diferencial sutil;
- Muitos usuários não nomeiam o racismo, mesmo quando descrevem situações compatíveis com ele;
- O discurso do “SUS é para todos” aparece como universalismo abstrato, que obscurece desigualdades raciais concretas.

Há uma tensão permanente entre as experiências pessoais positivas e o reconhecimento do racismo como fenômeno social. Esses achados reforçam a importância da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e apontam para a necessidade de formação antirracista, revisão de fluxos institucionais e fortalecimento da escuta qualificada.

## 6.2. MATRIZ DE ANÁLISE QUALITATIVA – ENTREVISTAS PROFISSIONAIS

## EIXO 1 – CONCEPÇÕES DE RACISMO

| *Categoria Analítica* | *Subcategoria* | *Núcleo de Sentido* | *Evidências no Corpus* |
|---|---|---|---|
| *Racismo individualizado* | Definição genérica | Racismo reduzido a preconceito pessoal ou discriminação direta | Predominante em P1–P10 e parte de P11–P20 |
| *Racismo como crime* | Enfoque legal | Racismo entendido como algo excepcional e punível | P8 “Racismo é um crime”, P13 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Universalização* | "Racismo para todos" | Diluição da especificidade do racismo contra negros | P10 "Tem racismo contra branco, asiático", P16, P18 |
| *Racismo estrutural* | Leitura crítica | Racismo como fenômeno histórico e sistêmico | P3, P6, P15, P17, P19, P20 |

Fonte: Elaboração própria

Interpretação analítica:

Predomina uma compreensão individualizante e superficial, com pouca incorporação de sua dimensão histórica, estrutural e institucional, porém, coexistindo com uma leitura crítica minoritária, mais frequente entre profissionais negros/pardos.

## EIXO 2 – RACISMO INSTITUCIONAL: NEGAÇÃO, SILENCIAMENTO

| ***Categoria Analítica*** | ***Subcategoria*** | ***Núcleo de Sentido*** | ***Evidências*** |
|---|---|---|---|
| *Negação explícita* | "Aqui não existe racismo" | Invisibilização institucional | P4, P7, P10, P13 |
| *Negação velada* | Racismo não intencional | Naturalização das desigualdades | P3, P6, P11 |
| *Silenciamento* | "Nunca vi", "Não lembro" | Produção do não-dito | P1, P8, P12 |
| *Deslocamento* | Fenômeno externo | Racismo fora da UBS | P4, P7, P10, P18 |
| *Deslegitimação* | "Não vejo como desigualdade" | Racismo tratado como vitimização | P4, P8, P10, P16 |
| *Reconhecimento crítico* | Racismo velado | Identificação de práticas sutis e simbólicas | P15, P17, P19, P20 |

Fonte: Elaboração própria

Interpretação analítica:

A negação do racismo institucional é hegemônica, operando como mecanismo central de reprodução do racismo estrutural. O racismo institucional opera majoritariamente por negação, omissão e silenciamento, sendo reconhecido apenas por parte dos profissionais. A noção de racismo aparece frequentemente despolitizada, deslocada para relações interpessoais ou para "outros espaços". O racismo recebe uma deslegitimação da denúncia com falas como "muitas pessoas tendem a se vitimizar por causa da cor", apesar da identificação de práticas racistas sutis.

## EIXO 3 – FORMAÇÃO PROFISSIONAL E EDUCAÇÃO PERMANENTE

| ***Categoria Analítica*** | ***Subcategoria*** | ***Núcleo de Sentido*** | ***Evidências*** |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Ausência formativa* | Nenhuma capacitação | Racismo fora da agenda formativa institucional | Quase todos |
| *Capacitação pontual* | Novembro Negro | Ações simbólicas e episódicas | P4, P8, P15 |
| *Igualdade abstrata* | "Trato todos iguais" | Confusão entre igualdade e equidade | P4, P8, P9, P13, P14, P16, P18 |
| *Formação crítica* | Reconhecimento da insuficiência | Consciência do despreparo | P3, P6, P7, P15, P17, P20 |

Fonte: Elaboração própria

Interpretação analítica:

A educação permanente é insuficiente, fragmentada e não transversal, contribuindo para a reprodução do racismo institucional. A noção de "tratar todos iguais" aparece como estratégia defensiva, substituindo a equidade por uma igualdade abstrata, em desacordo com os princípios do SUS e da Política Nacional de Saúde da População Negra.

## EIXO 4 – RACISMO E PRÁTICAS DE CUIDADO / DECISÃO CLÍNICA

| ***Categoria Analítica*** | ***Subcategoria*** | ***Núcleo de Sentido*** | ***Evidências*** |
|---|---|---|---|
| *Neutralidade técnica* | Decisão "isenta" | Negação da influência do racismo | P1, P2, P4, P10, P14, P16 |
| *Racismo sutil* | Omissões e pré-julgamentos | Menosprezo da dor, atendimento apressado | P6, P15, P17, P19 |
| *Estigmatização* | Raça-pobreza | Racialização da vulnerabilidade e do adoecimento | P2, P7, P18 |
| *Impacto no vínculo* | Acesso e adesão | Racismo afeta continuidade do cuidado | P3, P6, P15, P20 |

Fonte: Elaboração própria

Interpretação analítica:

A ideia de neutralidade técnica funciona como dispositivo de negação, enquanto práticas sutis de racismo afetam o cuidado. Parte dos profissionais reconhece que o racismo interfere no acesso, na adesão e na continuidade do cuidado, enquanto outros sustentam a ideia de neutralidade técnica – uma posição amplamente criticada na literatura da Saúde Coletiva.

## EIXO 5 – VARIÁVEL RAÇA/COR E INDICADORES EM SAÚDE

| ***Categoria Analítica*** | ***Subcategoria*** | ***Núcleo de Sentido*** | ***Evidências*** |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Desconhecimento* | Indicadores inexistentes | Invisibilidade epidemiológica | Todos |
| *Registro variável raça/cor* | Obrigação burocrática | Raça/cor sem uso analítico | Todos |
| *Constrangimento* | Evitar perguntar | Supressão da autodeclaração | P4, P6, P7, P9, P14 |
| *Heteroclassificação* | Profissional decide | Violação do princípio legal | P4, P13 |

Fonte: Elaboração própria

Interpretação analítica:

A variável raça/cor é subutilizada, comprometendo o planejamento e o enfrentamento das desigualdades raciais. Assim , ela é tratada como exigência administrativa, não como ferramenta de vigilância em saúde. O constrangimento relatado e a heteroclassificação reforçam a produção institucional da invisibilidade racial.

## EIXO 6 – RACISMO ESTRUTURAL, GESTÃO E REPRESENTATIVIDADE

| ***Categoria Analítica*** | ***Subcategoria*** | ***Núcleo de Sentido*** | ***Evidências*** |
|---|---|---|---|
| *Racismo estrutural negado* | Naturalização | "Sempre foi assim" | P4, P7, P10, P18 |
| *Reconhecimento parcial* | História e território | Leitura fragmentada | P3, P6, P11 |
| *Sub-representação* | Poucos negros em cargos de poder | Desigualdade institucional | P3, P6, P7, P11, P14, P15, P17, P19, P20 |
| *Participação social genérica* | "Para todos" | Ausência de recorte racial | Todos |

Fonte: Elaboração própria

Interpretação analítica:

A ausência de políticas explícitas e a baixa representatividade racial são percebidas, mas frequentemente justificadas como naturais ou inevitáveis, reforçando o caráter estrutural do racismo institucional. Por sua vez, a estrutura institucional reproduz desigualdades raciais por ausência de políticas raciais, sub-representação nos cargos de poder e gestão não racializada.

### 6.2.1. Análise interpretativa

A análise das entrevistas dos profissionais evidencia que:

- O racismo é majoritariamente negado, minimizado ou deslocado no cotidiano institucional;
- A igualdade formal substitui a equidade racial no discurso profissional;

- A ausência de formação e de indicadores reforça a invisibilidade da população negra, comprometendo o cuidado integral;
- A variável raça/cor é subutilizada, reforçando a invisibilidade epidemiológica;
- O racismo institucional opera mais por omissão, silenciamento e naturalização do que por ação explícita;
- Profissionais negros e pardos apresentam leitura mais crítica e contextualizada.

Há uma tensão central entre profissionais que reconhecem o racismo como determinante social da saúde e profissionais que o tratam como exceção, percepção subjetiva ou "mimimi". Essa tensão é característica de contextos institucionais marcados pelo racismo estrutural brasileiro, conforme descrito por Silvio Almeida (2019) e amplamente debatido na Saúde Coletiva.

### 6.2.2. Síntese da matriz qualitativa dos profissionais

**Quadro I – Matriz de análise qualitativa das entrevistas dos profissionais de saúde (P1–P20)**

| *Eixo analítico* | *Categoria analítica* | *Subcategoria* | *Núcleo de sentido* | *Evidências no corpus* |
|---|---|---|---|---|
| *Concepções de racismo* | Racismo individualizado | Definição genérica | Racismo reduzido a preconceito pessoal ou discriminação direta | Predominante nos discursos da maioria dos profissionais |
| | Racismo como crime | Enfoque legal | Racismo entendido como prática excepcional e punível | P8, P13 |
| | Universalização | "Racismo para todos" | Diluição da especificidade do racismo contra a população negra | P10, P16, P18 |
| | Racismo estrutural | Leitura crítica | Racismo como fenômeno histórico, social e sistêmico | P3, P6, P15, P17, P19, P20 |
| *Racismo institucional na UBS* | Negação explícita | "Aqui não existe racismo" | Invisibilização institucional do problema | P4, P7, P10, P13 |
| | Negação velada | Racismo não intencional | Naturalização das desigualdades raciais | P3, P6, P11 |
| | Silenciamento | "Nunca vi", "Não lembro" | Produção do não-dito sobre práticas racistas | P1, P8, P12 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Deslocamento | Fenômeno externo | Racismo percebido fora do serviço de saúde | P4, P7, P10, P18 |
| | Deslegitimação | “Não vejo como desigualdade” | Racismo tratado como vitimização | P4, P8, P10, P16 |
| | Reconhecimento crítico | Racismo velado | Identificação de práticas sutis e simbólicas | P15, P17, P19, P20 |
| *Formação profissional e educação permanente* | Ausência formativa | Nenhuma capacitação | Racismo ausente da agenda institucional | Quase todos |
| | Capacitação pontual | Ações episódicas | Formação restrita a datas comemorativas | P4, P8, P15 |
| | Igualdade abstrata | “Tratar todos iguais” | Confusão entre igualdade e equidade | P4, P8, P9, P13, P14, P16, P18 |
| | Formação crítica | Reconhecimento da lacuna | Consciência do despreparo profissional | P3, P6, P7, P15, P17, P20 |
| *Racismo e práticas de cuidado* | Neutralidade técnica | Decisão isenta | Negação da influência do racismo na clínica | P1, P2, P4, P10, P14, P16 |
| | Racismo sutil | Omissões e pré-julgamentos | Menosprezo da dor e atendimento apressado | P6, P15, P17, P19 |
| | Estigmatização | Raça e pobreza | Racialização da vulnerabilidade do adoecimento | P2, P7, P18 |
| | Impacto no vínculo | Acesso e adesão | Racismo interfere na continuidade do cuidado | P3, P6, P15, P20 |
| *Variável raça/cor e indicadores* | Desconhecimento | Indicadores inexistentes | Invisibilidade epidemiológica | Todos |
| | Registro formal | Obrigação burocrática | Raça/cor sem uso analítico | Todos |
| | Constrangimento | Evitar perguntar | Supressão da autodeclaração racial | P4, P6, P7, P9, P14 |
| | Heteroclassificação | Profissional define | Violação do princípio legal da autodeclaração | P4, P13 |
| *Racismo estrutural, gestão e representatividade* | Negação estrutural | Naturalização | Racismo percebido como inexistente ou inevitável | P4, P7, P10, P18 |
| | Reconhecimento parcial | História e território | Leitura fragmentada do racismo estrutural | P3, P6, P11 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Sub-representação | Cargos de poder | Ausência de negros em posições decisórias | P3, P6, P7, P11, P14, P15, P17, P19, P20 |
| Participação social genérica | "Para todos" | Ausência de recorte racial nas instâncias de participação | Todos |

Fonte: Elaboração própria, a partir das entrevistas com profissionais de saúde da UBS participante (2025).

Essa matriz consolida a presença do racismo institucional no SUS, em consonância com a literatura da Saúde Coletiva e com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

### 6.2.3. Síntese interpretativa

As entrevistas dos profissionais aprofundam a análise ao evidenciar que o racismo institucional na UBS participante:

- é amplamente reconhecido em nível conceitual;
- é frequentemente negado ou minimizado na prática cotidiana;
- manifesta-se de forma indireta, velada e estrutural;
- é reforçado pela ausência de políticas, indicadores e educação permanente.

Os depoimentos revelam que não enfrentar o racismo também é uma forma de reproduzi-lo, especialmente quando se insiste em discursos de neutralidade, igualdade abstrata e meritocracia. A análise conjunta aponta, portanto, para a necessidade urgente de:

- institucionalizar a política de saúde da população negra;
- qualificar o registro e o uso da variável raça/cor;
- fortalecer a educação permanente de forma transversal;
- ampliar a representatividade negra em todos os níveis do serviço.

Essa etapa da análise consolida a percepção de que o racismo, embora muitas vezes silenciado, estrutura práticas, relações e decisões no interior dos serviços de saúde, exigindo respostas institucionais consistentes e sustentadas no tempo.

A leitura integrada dos resultados emergentes da análise dos corpus textuais de usuários e profissionais evidencia que o racismo não se apresenta, majoritariamente, sob a forma de agressões explícitas ou declarações abertamente discriminatórias. Pelo contrário, ele se manifesta de modo sutil,

difuso e naturalizado, confirmando o argumento de Almeida (2019) de que o racismo estrutural opera como lógica organizadora das relações sociais, produzindo desigualdades mesmo na ausência de intenção consciente. No campo da saúde, essa lógica se materializa por meio do racismo institucional, definido por Werneck (2016) como o conjunto de normas, práticas, rotinas e omissões que resultam em tratamento desigual sistemático para determinados grupos raciais. Os achados empíricos deste estudo demonstram que tal forma de racismo está presente tanto nas experiências relatadas pelos usuários quanto nos discursos e práticas dos profissionais, ainda que seja frequentemente negada ou minimizada.

O estudo evidencia que a perspectiva dos usuários sobre acesso, cuidado e experiências racializadas descrevem o acesso aos serviços de saúde como marcado por filas, necessidade de madrugar e dificuldades de marcação, aspectos frequentemente atribuídos às limitações estruturais do SUS. Entretanto, observa-se que a maioria dos entrevistados tende a interpretar essas barreiras a partir de um universalismo abstrato, no qual "todos sofrem igualmente", independentemente de raça/cor. Essa leitura corrobora o que Paim (2008) identifica como uma compreensão restrita da universalidade, que, ao desconsiderar desigualdades históricas, pode reproduzir iniquidades. Embora poucos usuários nomeiem explicitamente o racismo como determinante do acesso, seus relatos revelam que as barreiras incidem de forma mais intensa sobre sujeitos negros, especialmente aqueles que acumulam outras vulnerabilidades sociais, produto da interseccionalidade.

A maioria dos usuários avalia positivamente o atendimento recebido, sobretudo no que se refere aos profissionais médicos e de enfermagem. No entanto, emergem narrativas pontuais, porém significativas, de menosprezo da dor, demora no atendimento e descrédito do relato, especialmente em situações graves. Esses episódios dialogam com a literatura que aponta a desvalorização da dor de pacientes negros como uma das expressões mais persistentes do racismo em saúde (WERNECK, 2016). O fato de muitos usuários relatarem essas experiências sem nomeá-las como racismo evidencia o processo de naturalização da desigualdade, característico de contextos marcados pelo racismo estrutural.

As entrevistas revelam ainda uma heterogeneidade importante na forma como os usuários se relacionam com sua identidade racial. Enquanto alguns expressam orgulho e afirmação, outros demonstram desconforto, dor ou evitam falar sobre o tema. Esse silenciamento pode ser interpretado como estratégia de autoproteção em um contexto no qual o racismo é frequentemente negado ou deslegitimado. Minayo (2006) destaca que os silêncios são tão analiticamente relevantes quanto as falas, pois revelam limites impostos socialmente à expressão da experiência. Nesse sentido, o silêncio sobre o racismo não indica sua ausência, mas via, no contexto educacional, o silenciamento como a

“cultura do silêncio”, imposta pelos opressores, que desumaniza ao privar os oprimidos da sua palavra e voz.

Entre os profissionais, predomina a perspectiva da negação, da neutralidade e da omissão institucional, traduzida por uma concepção de racismo individualizante, associada a preconceito pessoal ou a atos explícitos de discriminação. Esta compreensão restrita dificulta o reconhecimento do racismo institucional, uma vez que desloca o problema para o plano moral e interpessoal e normaliza a superioridade branca, garantindo vantagens automáticas e a perpetuação do poder, muitas vezes invisibilizado ou visto como “neutro” (ações explícitas da branquitude). Profissionais negros, por sua vez, demonstram maior capacidade de identificar o racismo como fenômeno estrutural, associado à sub-representação em cargos de poder, necessidade constante de provar competência e naturalização de estereótipos. Essa diferença confirma o argumento de Almeida (2019) de que a posição social influencia diretamente a percepção do racismo.

A noção de que “todos são tratados igualmente” aparece de forma recorrente como justificativa para a negação do racismo no serviço. Contudo, conforme destaca Paim (2008), a igualdade formal, quando aplicada a contextos desiguais, produz injustiça, sendo a equidade um princípio fundamental do SUS. Os discursos profissionais revelam uma confusão conceitual entre igualdade e equidade, que acaba por legitimar práticas aparentemente neutras, mas que mantêm iniquidades raciais.

A ausência de capacitação sistemática sobre saúde da população negra e racismo institucional é praticamente unânime entre os profissionais. A variável raça/cor, embora registrada formalmente, é tratada como procedimento burocrático, sem uso analítico ou planejamento em saúde. Esse achado confirma a crítica de Werneck (2016) sobre a invisibilidade epidemiológica da população negra, que impede a formulação de políticas públicas baseadas em evidências e reforça a omissão institucional.

A análise comparativa das tensões entre usuários e profissionais evidencia uma dissonância central: enquanto os usuários vivenciam situações compatíveis com racismo institucional, os profissionais, em sua maioria, não reconhecem essas experiências como tal. Essa assimetria contribui para a manutenção do problema, uma vez que denúncias implícitas não encontram escuta institucional qualificada. Essa tensão revela que o racismo no SUS não se sustenta apenas por ações discriminatórias individuais, mas sobretudo por estruturas de negação, silenciamento e ausência de políticas efetivas, como argumentam Almeida (2019) e Werneck (2016).

### 6.3. Quadros comparativos usuários X profissionais

**Quadro II – Percepção do racismo no serviço de saúde segundo usuários e profissionais**

| *Dimensão* | *Usuários* | *Profissionais* |
|---|---|---|
| *Existência do racismo* | Reconhecido indiretamente, muitas vezes não nomeado | Frequentemente negado ou minimizado |
| *Forma de manifestação* | Demora, menosprezo da dor, olhares, atendimento diferenciado | Entendido como exceção ou ato individual |
| *Nomeação do problema* | Silêncio ou hesitação | Deslocamento para fora da UBS |

Fonte: Elaboração própria.

**Quadro III – Acesso, cuidado e equidade no SUS: perspectivas comparadas**

| *Dimensão* | *Usuários* | *Profissionais* |
|---|---|---|
| *Acesso aos serviços* | Barreiras estruturais vivenciadas cotidianamente | Problema geral do SUS, não racializado |
| *Qualidade do cuidado* | Majoritariamente positiva, com exceções significativas | Avaliada como igual para todos |
| *Equidade* | Pouco explicitada | Confundida com igualdade formal |

Fonte: Elaboração própria.

**Quadro IV – Raça/cor, formação e uso de indicadores em saúde**

| *Dimensão* | *Usuários* | *Profissionais* |
|---|---|---|
| *Importância da raça/cor* | Associada à experiência de vida | Vista como dado burocrático |
| *Uso de indicadores* | Não acessam | Não utilizam para planejamento |
| *Formação sobre o tema* | Aprendizado informal | Ausente ou pontual |

Fonte: Elaboração própria.

A análise qualitativa demonstra que o racismo institucional atravessa o cotidiano da Atenção Primária em Saúde de forma silenciosa e persistente, produzindo desigualdades no acesso, no cuidado e na relação entre usuários e profissionais. A negação do problema, a ausência de formação crítica e a inexistência de indicadores que gerem dados configuram-se como mecanismos centrais de reprodução do racismo estrutural no SUS. Ao articular empiria e teoria, este estudo reforça a necessidade de institucionalizar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, fortalecer a educação permanente antirracista e qualificar o uso da variável raça/cor como ferramenta de equidade, em consonância com os princípios do SUS e com a justiça social defendida pela Saúde Coletiva.

## 8. DISCUSSÃO

Os achados deste estudo corroboram de forma consistente a literatura que reconhece o racismo como determinante social da saúde, com efeitos diretos e indiretos sobre o acesso, a qualidade do cuidado e os desfechos em saúde da população negra. Conforme argumenta Silvio Almeida (2019), o racismo estrutural não se limita a práticas discriminatórias individuais, mas organiza as instituições e regula o funcionamento das políticas públicas, inclusive aquelas orientadas por princípios universalistas, como o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, a presença de barreiras de acesso, a desvalorização da dor, a menor escuta qualificada e a naturalização de desigualdades relatadas pelos usuários neste estudo alinham-se aos resultados de investigações clássicas no campo da Saúde Coletiva, que demonstram que pessoas negras enfrentam piores condições de cuidado mesmo em sistemas universalistas (PAIM, 2008; TRAVASSOS; CASTRO, 2008). A dificuldade de nomear o racismo, observada entre os usuários, também é amplamente descrita na literatura como efeito da hegemonia do mito da democracia racial, que contribui para a invisibilização das iniquidades raciais no Brasil (WERNECK, 2016; SOUZA, 2021).

A análise das entrevistas com profissionais de saúde revela um padrão de negação, minimização e deslocamento do racismo, característica central do racismo institucional. Esse achado converge com estudos realizados em diferentes regiões do país, que identificam a dificuldade dos trabalhadores da saúde em reconhecer o racismo como problema institucional, frequentemente reduzindo-o a atitudes individuais ou a conflitos interpessoais (LOPES, 2012; WERNECK, 2016). Jurema Werneck (2016) destaca que o racismo institucional se expressa, sobretudo, por meio da omissão sistemática, da ausência de políticas específicas e da recusa em produzir e utilizar dados desagregados por raça/cor. O presente estudo confirma esse diagnóstico ao evidenciar que, embora a variável raça/cor seja registrada formalmente, ela não é utilizada para planejamento, avaliação ou tomada de decisão clínica, contribuindo para a invisibilidade epidemiológica da população negra. Adicionalmente, a noção recorrente de "tratamento igual para todos", expressa por diversos profissionais, reproduz o que Paim (2008) define como uma igualdade formal excludente, que ignora desigualdades históricas e estruturais. Tal concepção, ao substituir a equidade pela neutralidade técnica, reforça práticas que mantêm as iniquidades raciais no interior do SUS.

Um dos achados mais relevantes deste estudo refere-se à desvalorização da dor e do sofrimento de usuários negros, relatada tanto diretamente quanto por meio de experiências de familiares. Esse fenômeno encontra respaldo em pesquisas nacionais e internacionais que demonstram que pacientes negros têm seus sintomas frequentemente subestimados, recebendo menos analgesia, menos exames diagnósticos e menos encaminhamentos especializados (HOFFMAN *et al*., 2016; WERNECK, 2016). Em estudo amplamente citado, Hoffman *et al.* (2016) evidenciam que

crenças falsas sobre diferenças biológicas entre negros e brancos ainda influenciam decisões clínicas, mesmo entre profissionais bem-intencionados. No contexto brasileiro, essa lógica se articula a estereótipos raciais associados à resistência à dor, à hipersexualização e à culpabilização moral, produzindo o que Minayo (2006) denomina violência simbólica no cuidado em saúde. Os relatos analisados neste estudo indicam que essas práticas raramente são reconhecidas como racismo, sendo naturalizadas como falhas pontuais, problemas estruturais do sistema ou características individuais dos profissionais, o que reforça sua persistência.

A ausência quase total de capacitação sistemática sobre saúde da população negra e racismo institucional, evidenciada neste estudo, confirma avaliações críticas sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Embora a PNSIPN represente um marco normativo fundamental ao reconhecer o racismo como determinante social da saúde, diversos estudos apontam sua baixa institucionalização nos serviços de saúde, especialmente na atenção básica (BATISTA; ESCUDER; PEREIRA, 2004; LOPES, 2012). A concentração de ações formativas em datas simbólicas, como o mês de novembro, e a baixa adesão dos profissionais às atividades educativas refletem o caráter ainda periférico e não transversal da política. Conforme destaca Werneck (2016), sem educação permanente crítica e continuada, a PNSIPN corre o risco de se tornar um instrumento normativo sem impacto concreto na prática assistencial. Além disso, a confusão conceitual entre igualdade e equidade, amplamente observada nos discursos profissionais, indica a necessidade de fortalecer a formação em Saúde Coletiva, ética e direitos humanos, conforme defendido por Paim (2008) e Minayo (2006).

Os achados referentes à sub-representação de profissionais negros em cargos de gestão e à dificuldade de participação efetiva da população negra nos espaços de controle social dialogam com estudos que apontam a concentração de poder decisório em grupos racialmente homogêneos como um dos mecanismos centrais do racismo estrutural (ALMEIDA, 2019; WERNECK, 2016), onde a dinâmica não combinada, mas ainda atuante, de pessoas brancas que asseguram pessoas brancas em espaços de poder, mantém o *status quo*. Construída através de séculos de colonialismo e escravidão, a branquitude opera hoje na manutenção dessas desigualdades, mesmo que os indivíduos não percebam, pois pessoas brancas tendem a se ver como padrão universal ou neutro, enquanto a raça é percebida apenas em outros grupos. A literatura indica que a ausência de diversidade racial nos espaços de gestão limita a incorporação de agendas antirracistas e dificulta a priorização de políticas voltadas à equidade. Nesse sentido, o reconhecimento por parte de profissionais negros da importância da representatividade para o vínculo e o acolhimento reforça a necessidade de políticas institucionais que promovam diversidade e inclusão em todos os níveis do SUS. Há de se destacar também neste contexto que a percepção de racialidade difere sobremaneira entre profissionais e

usuários. Com a maioria dos profissionais autodeclarados pardos no estudo, muitos não carregam vivências de preconceito e racismo como ocorre no grupo dos usuários. A autodeclaração parda entre os profissionais surge, na maioria das vezes, por algum braço de hereditariedade, sem que ocorra de fato o processo de declaração dessa autodeclaração (heteroidentificação) e esta disparidade de percepções acaba gerando uma tensão entre usuários e profissionais em experiências de racialidade.

À luz da literatura os achados do estudo evidenciam que o enfrentamento do racismo em saúde exige respostas institucionais estruturadas, que ultrapassem iniciativas pontuais ou discursos moralizantes. Conforme orienta a PNSIPN, é fundamental:

- institucionalizar a educação permanente em saúde com enfoque antirracista;
- qualificar o registro e o uso da variável raça/cor;
- incorporar indicadores raciais no planejamento e na avaliação dos serviços;
- fortalecer a participação social da população negra;
- ampliar a representatividade negra em cargos de gestão.

Essas medidas são coerentes com o princípio da equidade do SUS e com a concepção ampliada de saúde defendida por Paim (2008), que articula justiça social, direitos humanos e políticas públicas. A discussão integrada confirma que os achados deste estudo não constituem fenômenos isolados, mas se inserem em um padrão amplamente documentado de racismo institucional na saúde brasileira. A dificuldade de nomear o racismo, a negação institucional, a invisibilidade dos dados e a ausência de formação crítica configuram-se como obstáculos centrais à efetivação da equidade racial no SUS. Ao dialogar com autores consagrados e com a PNSIPN, este estudo reforça a necessidade de avançar do reconhecimento normativo para a implementação concreta de políticas antirracistas, capazes de transformar práticas, relações e estruturas no campo da saúde.

### 8.1. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN): fundamentos, avanços e limites na prática institucional

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pela Portaria nº 992/2009 do Ministério da Saúde, representa um marco histórico no reconhecimento do racismo como determinante social da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao afirmar explicitamente que as iniquidades em saúde vivenciadas pela população negra decorrem de processos históricos, sociais e institucionais de discriminação racial, a PNSIPN rompe, no plano normativo,

com a tradição de neutralidade racial que historicamente orientou as políticas públicas de saúde no Brasil.

Conforme destacado por Werneck (2016), a PNSIPN emerge a partir da articulação entre o movimento negro, a produção acadêmica em Saúde Coletiva e os compromissos internacionais assumidos pelo Estado brasileiro no campo dos direitos humanos. Nesse sentido, a política não se limita à identificação de agravos prevalentes na população negra, como a anemia falciforme, a hipertensão arterial e a mortalidade materna, mas propõe uma abordagem ampliada, que articula determinantes sociais, racismo institucional, acesso aos serviços e qualidade do cuidado. Do ponto de vista conceitual, a PNSIPN alinha-se à perspectiva de Almeida (2019) ao compreender o racismo como um fenômeno estrutural, inscrito nas instituições e reproduzido cotidianamente por práticas aparentemente neutras. Ao reconhecer o racismo institucional como fator que compromete a efetividade do SUS, a política reafirma o princípio da equidade como eixo orientador da ação estatal, em consonância com a concepção de justiça social defendida por Paim (2008).

Entretanto, os achados deste estudo evidenciam uma distância significativa entre o marco normativo da PNSIPN e sua materialização no cotidiano dos serviços de saúde. A maioria dos profissionais entrevistados desconhece a existência da política ou possui apenas referências fragmentadas e episódicas, geralmente associadas a ações pontuais de capacitação ou a campanhas temáticas. Tal cenário confirma avaliações críticas já presentes na literatura, que apontam a fragilidade da institucionalização da PNSIPN nos níveis local e municipal do SUS (BATISTA; ESCUDER; PEREIRA, 2004; WERNECK, 2016).

A ausência de educação permanente sistemática sobre racismo e saúde, identificada neste estudo, constitui um dos principais entraves à efetivação da PNSIPN. Conforme argumenta Minayo (2006), políticas públicas que incidem sobre dimensões simbólicas e culturais, como o racismo, demandam processos formativos contínuos, reflexivos e críticos, capazes de problematizar valores, crenças e práticas naturalizadas. A formação pontual ou restrita a categorias específicas de profissionais, como observado nos relatos, tende a produzir efeitos limitados e pouco duradouros.

Outro eixo central da PNSIPN refere-se à qualificação da informação em saúde, especialmente por meio do uso da variável raça/cor nos sistemas de informação. Embora o registro da raça/cor esteja formalmente incorporado aos instrumentos de cadastro, os resultados deste estudo demonstram que tal informação é subutilizada ou completamente desconsiderada nos processos de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde. Essa lacuna reforça a invisibilidade epidemiológica da população negra, contrariando diretamente as diretrizes da PNSIPN e dificultando a construção de respostas baseadas em evidências. Werneck (2016) destaca que a produção e o uso qualificado de

dados desagregados por raça/cor são condições fundamentais para o enfrentamento do racismo institucional, pois permitem evidenciar desigualdades que, de outra forma, permanecem ocultas sob o discurso da universalidade. No presente estudo, a ausência de indicadores raciais no cotidiano da UBS limita a capacidade de identificar vulnerabilidades específicas e de avaliar o impacto das intervenções sobre a população negra.

No que se refere à participação social e ao controle social, a PNSIPN reafirma a importância de fortalecer a presença da população negra nos espaços de decisão do SUS. Contudo, os discursos analisados indicam que essa participação ocorre de forma genérica, sem recorte racial, o que tende a diluir as demandas específicas da população negra. Conforme argumenta Almeida (2019), a neutralização das diferenças em contextos marcados por desigualdades estruturais opera como mecanismo de reprodução das hierarquias raciais existentes.

Adicionalmente, a baixa representatividade de profissionais negros em cargos de gestão, reconhecida por parte dos entrevistados, evidencia limites institucionais à incorporação de uma perspectiva antirracista na condução das políticas e serviços. A literatura aponta que a diversidade racial nos espaços de poder é elemento estratégico para a transformação das práticas institucionais, uma vez que amplia a visibilidade das iniquidades e fortalece a agenda da equidade (WERNECK, 2016; ALMEIDA, 2019).

Dessa forma, a análise dos achados à luz da PNSIPN revela que, embora a política represente um avanço normativo significativo, sua efetividade permanece condicionada à superação de obtáculos estruturais, institucionais e culturais. A implementação da PNSIPN exige, portanto, compromisso político, investimento em formação, fortalecimento da gestão da informação e enfrentamento explícito do racismo institucional, em consonância com os princípios do SUS e com a concepção ampliada de saúde defendida pela Saúde Coletiva brasileira. Em síntese, a PNSIPN constitui um instrumento fundamental para a promoção da equidade racial em saúde, mas sua consolidação no cotidiano dos serviços depende da capacidade das instituições de transformar normas em práticas, discursos em ações e reconhecimento formal em compromisso ético-político efetivo.

Os achados deste estudo dialogam de forma consistente com a produção acadêmica nacional e internacional que analisa as relações entre racismo, políticas públicas e saúde. A dificuldade de reconhecimento do racismo institucional pelos profissionais confirma resultados já apontados por Werneck (2016), que identificam a negação do racismo como um dos principais mecanismos de sua reprodução no interior do SUS.

A noção recorrente de “tratamento igual para todos”, amplamente expressa nas entrevistas, encontra-se em consonância com o que Paim (2008) denomina de universalismo abstrato, no qual a igualdade formal opera como obstáculo à equidade. Estudos de Travassos e Castro (2008) demonstram que sistemas universalistas, quando não incorporam estratégias específicas de equidade, tendem a reproduzir desigualdades sociais preexistentes, incluindo as de natureza racial.

No que se refere à experiência dos usuários, a desvalorização da dor e a naturalização do sofrimento negro observadas neste estudo dialogam com evidências robustas da literatura internacional. Hoffman *et al.* (2016) demonstram que crenças racializadas influenciam decisões clínicas, resultando em menor oferta de analgesia e cuidado adequado a pacientes negros. No contexto brasileiro, Werneck (2016) e Minayo (2006) analisam esse fenômeno como expressão de violência simbólica e institucional, frequentemente invisibilizada pelos próprios serviços.

A baixa efetividade da PNSIPN identificada neste estudo também é amplamente documentada. Avaliações institucionais e pesquisas qualitativas apontam que a política permanece pouco incorporada à rotina dos serviços, sendo frequentemente reduzida a ações pontuais e desvinculada do planejamento estratégico (BATISTA; ESCUDER; PEREIRA, 2004; LOPES, 2012). Tal cenário reforça a análise de Almeida (2019), segundo a qual políticas antirracistas, quando não enfrentam o racismo estrutural, tendem a ser neutralizadas pelas próprias instituições.

### 8.2. Limitações do Estudo

As limitações relacionadas ao estudo dizem respeito à pesquisa ter sido desenvolvida em uma única unidade básica de saúde, embora seja uma das maiores do município, restringindo o público participante pertencente ao mesmo território. Da mesma forma, o produto técnico-tecnológico (PTT) não foi testado entre os profissionais de saúde, público alvo do desenvolvimento de educação permanente em saúde com a aplicação da história em quadrinhos (HQ) como ferramenta para o letramento racial.

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como objetivo analisar as percepções e experiências de usuários e profissionais de saúde acerca do racismo institucional e da equidade racial no contexto da atenção básica, à luz da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Os resultados evidenciam que, apesar dos avanços normativos representados pela PNSIPN, persistem importantes lacunas entre o discurso institucional e a prática cotidiana dos serviços de saúde.

Os achados revelam que o racismo institucional se manifesta de forma sutil, naturalizada e frequentemente negada, tanto por meio da desvalorização da dor e do sofrimento da população negra quanto pela ausência de estratégias institucionais sistemáticas de enfrentamento das iniquidades raciais. A dificuldade de profissionais em reconhecer o racismo como determinante social da saúde e a subutilização da variável raça/cor nos processos de gestão contribuem para a reprodução das desigualdades no interior do SUS.

A análise integrada com a literatura demonstra que tais achados não são isolados, mas refletem padrões estruturais amplamente documentados no campo da Saúde Coletiva. A PNSIPN, embora constitua um marco fundamental ao reconhecer o racismo como produtor de iniquidades, ainda enfrenta desafios significativos de implementação, especialmente no que se refere à educação permanente, à gestão da informação, à participação social e à representatividade nos espaços de poder.

Diante desse cenário, recomenda-se:

I. a institucionalização da educação permanente em saúde com enfoque antirracista;

II. o uso sistemático da variável raça/cor para planejamento, monitoramento e avaliação das ações;

III. o fortalecimento da participação da população negra nos espaços de controle social;

IV. a promoção da equidade racial nos cargos de gestão; e

V. a incorporação transversal da PNSIPN nas rotinas da atenção básica.

Conclui-se que o enfrentamento do racismo institucional em saúde exige mais do que o reconhecimento normativo: demanda compromisso ético-político, transformação das práticas institucionais e fortalecimento da PNSIPN como política estruturante do SUS. Ao evidenciar os limites e potencialidades dessa política a partir da realidade empírica, esta dissertação contribui para o aprofundamento do debate sobre equidade racial e para a construção de um sistema de saúde efetivamente universal, integral e equânime.

## REFERÊNCIAS


1. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2022 –** Caxias do Sul História & Fotos. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/caxias-do-sul/historico e https://ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/caxias-do-sul.html

2. PNAISPN – **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra** – Boletim temático da biblioteca do Ministério da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos, Divisão de Biblioteca do Ministério da Saúde. Saúde da População Negra – Vol. 2 – n. 11 (nov. 2022) 3ª edição, versão eletrônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf

3. OPAS – Organização Pan Americana de Saúde. Determinantes sociais. Disponível em: https://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais

4. CARREIRA, D. **O lugar dos sujeitos brancos na luta antirracista** – Provocações e pautas para conversas. International Journal on Human Rights – SUR 28 – v.15 n.28 P.127 – 137 / 2018. Disponível em: https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2019/05/suur-28-portugues-denise-carreira.pdf

5. WERNECK, J. **Racismo Institucional e saúde da população negra** – Saúde e Sociedade – v.25 n.03. P. 535-549 / 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610

6. SOUZA, D.H. et al. **Saúde da população negra na formação em saúde: perspectivas rumo à equidade racial** – Ciência e Saúde Coletiva – v.29 n.07. P. 1 – 10 / 2024. ISSN 1413-8123. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/npHB99dChHtLvsSXQTbQ5JR/?format=pdf&lang=pt

7. POLIDORO, M. et al. **Geografia das disparidades em saúde entre brancos e negros em Porto Alegre, Rio Grande do Sul** – Cadernos Saúde Coletiva – v.31 n.1 P. 1 – 13 / 2023. ISSN 2358-291X (Online) Disponível em: https://doi.org/10.1590/1414-462X202331010454

8. SANTOS, M.P.A., BASTOS, J.L. **Ethos antirracista em saúde bucal coletiva como imperioso à vida** – Ciência e Saúde Coletiva – v.29 n.03. P. 1 – 10 / 2024. ISSN 1413-8123 Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.04882023

9. GAUDENZI, P. et al. **Reconhecer o racismo para construir um cuidado efetivamente integral, equânime e universal** – Ciência e Saúde Coletiva – v.28 n.09. Editorial / 2023. ISSN 1413-8123. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.11442023

10. GAUDENZI, P. et al. **Efeitos subjetivos do racismo e cuidado: vivências e memórias de mulheres negras** – Ciência e Saúde Coletiva – v.28 n.09. P. 2479 - / 2023. ISSN 1413-8123. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.14062022

11. BARBOSA, A.C. et al. **Cuidado em Saúde e mulheres negras: notas sobre colonialidade, re-existência e conquistas –** Ciência e Saúde Coletiva – v.28 n.09. P. 2469- 2477 / 2023. ISSN 1413-8123. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.13312022

12. CÂNDIDO, N.M.O. et al. **Percepção de racismo em ambientes de saúde e fatores associados em mulheres negras** – Saúde em Debate – v.48 n.143 P. 01 – 15. Rio de Janeiro / 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2358-289820241438692P

13. SILVA, D.F.L. et al. **Para além do Racismo Institucional? Uma análise do conteúdo da Política de Saúde para a População Negra** – Ciência e Saúde Coletiva – v.28 n.09. P. 2527 – 2535 / 2023. ISSN 1413-8123. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.11602022

14. BORRET, R.H.E.S. **E se Dona Violeta fosse uma mulher negra? Reflexões a partir de "O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde"** – Ciência e Saúde Coletiva – v.27 n.10 P. 3969 – 3973 / 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.22452021

15. BORRET, R.H. et al. **Reflexões para uma Prática em Saúde Antirracista** – Revista Brasileira de Educação Médica – v. 44 (Supl 01) P. 1 – 7 / 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200405

16. ANUNCIAÇÃO, D. *et al.* **(Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil** – Ciência e Saúde Coletiva – v.27 n.10 P. 3861 – 3870 / 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.08212022

17. ARAUJO, M.V.R., TEIXEIRA, C.F.S. **Concepções de saúde e atuação do Movimento Negro no Brasil em torno de uma política de saúde** – Saúde e Sociedade – v.31 n.4 P. 1 – 12. São Paulo / 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902022220246pt

18. SILVA, S.O. *et al.* **A cor e o sexo da fome: análise da insegurança alimentar sob o olhar da interseccionalidade** – Cadernos de Saúde Pública – v.38 n.7 P. 1 – 14 / 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT255621

19. LIMA, T., OLIVEIRA, V.B. **"Do** mesmo **jeito que existe cachorro branco e preto": uma análise acerca das intersecções entre raça e saúde** – Ciência e Saúde Coletiva – v.28 n.8 P. 2237 – 2246 / 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.05312023

20. BADIEE, S., BUVINIC, M. **Harnessing the Power of Intersectionality Data for Better Development Policies and Impact: A Concept Note** – Open Data Watch – 2024. Disponível em: https://opendatawatch.com/content/publications/intersectionality-data-for-development-impact/

21. CERQUEIRA, D.; BUENO, S. **Atlas da Violência 2024** – Brasília: IPEA; FBSP, 2024. 129 p. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/7868-atlas-violencia-2024-v11.pdf

22. BARDIN, Laurence **Análise de Conteúdo**; tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Editora 70, 2016. ISBN 9788562938047. Disponível em: https://madmunifacs.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf

23. KLAMT, L. M.; SANTOS, V. S. **O uso do software IRaMuTeQ na análise de conteúdo – estudo comparativo entre os trabalhos de conclusão de curso do ProfEPT e os referenciais do programa** – Research, Society and Development, v. 10, n.4, e8210413786, 2021 ISSN 2525-3409. Disponível em: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13786

24. ALMEIDA, S. L. **Racismo estrutural** – Ed. Pólen, 2019. 264 p. (Feminismos Plurais / coordenação de Djamila Ribeiro) ISBN 978-85-98349-74-6. Disponível em:

https://sites.ufpe.br/enegrecer/wp-content/uploads/sites/146/2023/01/ALMEIDA-Silvio-Racismo-estrututal-Livro-2019.pdf

25. PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica** – Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOICRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Disponível em: https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf

26. BONILLA-SILVA, E. **Racismo sem Racistas – O racismo da cegueira de cor e a persistência da desigualdade na América** – Ed. Perspectiva, 2020 ISBN 9786555050295. Disponível em: https://cdn.bookey.app/files/pdf/book/pt/racismo-sem-racistas.pdf

27. STARFIED, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia** – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. ISBN 85-87853-72-4. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf

28. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde** – 14 ed. – São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p. ISBN 978-85-271-0181-3. Disponível em: https://pt.scribd.com/document/584246427/Livro-O-DESAFIO-DO-CONHECIMENTO-ATUALIZADO-Minayo-2014

29. MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde** – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em Saúde collection. 132 p. ISBN 978-85-7541-380-7. Disponível em: https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf

30. ARAÚJO, E. M. *et al.* **A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites** – Botucatu: Interface – Comunicação, Saúde e Educação vol. 13, n. 31, p.383-94, out./dez. 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000400012

31. LÓPEZ, L.C. **O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde** - Botucatu: Interface – Comunicação, Saúde e Educação vol. 16, n. 40, p.121-34, jan./mar. 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000004

32. TRAVASSOS, C.; CASTRO, M.S.M. **Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde** - In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I., eds. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil.* 2nd ed. ver. and. enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, pp. 183-206. ISBN: 978-85-7541-349-4. Disponível em: https://doi.org/10.7476/9788575413494.0009

33. BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. **A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001** – Rev. Saúde Pública, 2004;38(5):630-6. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2004.v38n5/630-636/pt

34. GIOVANELLA, L. (org.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil** – 2. Ed. rev. e amp. – Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2012. 1100 p. il.,tab., graf. ISBN 978-85-7541-417-0. Disponível em: https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494.pdf

35. BATISTA, L. E.; WERNWCK, J.; LOPES, F. (org.) **Saúde da população negra** – 2. Ed. Brasília, DF: ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. 372p. (Coleção Negras e Negros: pesquisas e debates / coordenação Tânia Maria Pedroso Müller). ISBN 978-85-61593-53-7. Disponível em: https://sites.ufpe.br/enegrecer/wp-content/uploads/sites/146/2023/04/LOPES-Fernanda-e-WERNECK-Jurema-Saude-da-populacao-negra-Colecao-Negras-e-Negros-Pesquisas-e-Debates-Livro.pdf

36. LOPES, F. **De Volta aos Primórdios: em defesa do SUS como uma política antirracista** – Boletim de Análise Político Institucional – n. 26 / Mar. 2021. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/d069a0a5-6cf0-4704-8fdf-d46f54d3dc39/content

37. HOFFMAN, K. M. *et al.* **Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites** – Proc Natl Acad Sci USA – 2016 Apr 4;113(16):4296-4301. doi: 10.1073/pnas.1516047113. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4843483

38. FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade** – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967. Disponível em: https://nepegeo.paginas.ufsc.br/files/2018/11/Paulo-Freire-Educa%C3%A7%C3%A3o-como-pr%C3%A1tica-da-liberdade.pdf

39. FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido** – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1968. Disponível em: https://www.letras.ufmg.br/espanhol/pdf/pedagogia_do_oprimido.pdf

40. RIBEIRO, D. **Pequeno manual antirracista** – 1ª Ed. São Paulo: Companhia da Letras, 2019. ISBN-13: 978-8535732874, ISBN-10: 8535932879. Disponível em: https://cogetes.epsjv.fiocruz.br/storage/ANEXO_SOCIOLOGIA_2ºANO_PEQUENO_MANUAL_ANTIRRACISTA_RIBEIRO_DJAMILA-v_5f0659881d9e4.pdf

## APÊNDICE A – Roteiro para entrevistas com profissionais

Código do Participante:

Profissão:

Cargo:

Local de trabalho:

Tempo de atuação no local de trabalho:

Raça/cor:

Percepção dos profissionais de saúde:

1. O que você entende por racismo?
2. Como você percebe o racismo institucional e suas manifestações no ambiente de trabalho?
3. Já participou de capacitações ou treinamentos sobre racismo e saúde? Se sim, como foram e com que frequência aconteceram?
4. Como você avalia sua preparação para atender a população negra?
5. Você já presenciou ou ouviu relatos de situações de racismo envolvendo profissionais de saúde ou pacientes?
6. De que forma o racismo pode influenciar a tomada de decisões clínicas e o tratamento das pessoas negros?
7. Quais barreiras você identifica no cotidiano do trabalho para garantir um atendimento equitativo à população negra?
8. Como as instituições de saúde estão abordando a questão do racismo em seus protocolos e rotinas?

Análise dos dados e indicadores:

1. Você conhece indicadores de saúde que mostrem a situação de saúde da população negra em seu território de atuação?
2. Como acontece o registro da variável raça/cor nos sistemas de informação em saúde?
3. Quais dificuldades você percebe no preenchimento da variável raça/cor nos prontuários?
4. Existem políticas ou programas na instituição voltados ao enfrentamento do racismo e à promoção da equidade em saúde? Se sim, como você os avalia?

Racismo estrutural e institucional:

1. Na sua percepção, de que forma o racismo estrutural se manifesta nas políticas, práticas e rotinas da instituição de saúde?
2. Existem práticas institucionais que possam reforçar a desigualdade racial no acesso e na qualidade dos serviços de saúde?
3. A instituição promove a participação da população negra em espaços de decisão e controle social?
4. Como a instituição está lidando com a questão da representatividade e diversidade em sua equipe e em seus serviços? ou Como você avalia a representatividade e a diversidade racial na equipe de saúde e nos serviços oferecidos?
5. Quais são os desafios para enfrentar o racismo institucional e promover uma saúde verdadeiramente igualitária?

## APÊNDICE B – Roteiro para entrevistas com usuários

Código do Participante:

Profissão:

Data de Nascimento:

Raça/cor:

Equipe:

Experiência dos usuários:

1. Há quanto tempo você mora no território?
2. Há quanto tempo você frequenta a UBS?
3. Como você percebe o acesso aos serviços de saúde desta UBS? (facilidade para conseguir consulta, exames, horários, tempo de espera etc.)
4. Como você avalia a qualidade do atendimento que recebe aqui na UBS? (acolhimento, atenção dos profissionais, resolutividade do cuidado etc.)
5. Como é pra ti falar sobre raça/cor?
6. Você percebe alguma diferença no atendimento prestado a pacientes negros em comparação com pacientes brancos?
7. Você percebe se o racismo afeta a sua relação com os profissionais de saúde? De que forma?
8. Você se sente acolhido e respeitado na UBS? Quais dificuldades você percebe que a população negra encontra para conseguir atendimento ou acompanhamento em saúde na UBS?
9. Você acha que o racismo pode atrapalhar o tratamento ou o cuidado da saúde de pessoas negras? De que maneira?
10. Você já passou ou presenciou alguma situação de racismo ou discriminação em serviços de saúde? Gostaria de contar como foi?

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Profissionais

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: "**Saúde da população Negra: história em quadrinhos como dispositivo pedagógico para educação antirracista em saúde a partir da percepção de usuários e profissionais**", sob responsabilidade das pesquisadoras e orientadoras Profa. Dra. Monica Maria Celestina de Oliveira e Profa. Dra. Alisia Helena Weis, tendo como mestranda Melissa Zorzi Tieppo.

O objetivo deste estudo é avaliar o acesso e o cuidado em saúde da população negra em um território adscrito à Atenção Primária no município de Caxias do Sul, a partir das percepções de usuários e profissionais de saúde, visando subsidiar o desenvolvimento de uma ferramenta de letramento e formação profissional (história em quadrinhos), alinhada à educação permanente em saúde, para o enfrentamento das desigualdades raciais na assistência do cuidado.

A metodologia desta pesquisa compreende entrevistas com os profissionais do serviço de saúde participante, lotados minimamente há 6 meses no local, apresentando questões norteadoras sobre o tema do presente estudo. A entrevista terá a duração aproximada de 40 minutos e será gravada para posterior análise do conteúdo. Os possíveis riscos e desconfortos decorrentes da participação na pesquisa poderão ser o incômodo em responder às perguntas norteadoras, o tempo gasto na participação da entrevista, bem como o risco mínimo de divulgação dos dados dos participantes. Para minimizar estes riscos, é assegurado o direito de desistir da pesquisa, sem nenhum prejuízo, caso sinta-se desconfortável. Para o risco de divulgação de dados, os mesmos serão anonimizados e não serão salvos em nenhum repositório virtual ligado à internet.

A participação no estudo não trará nenhum benefício direto para você, somente o objetivo exclusivo de colaborar com a pesquisa. Contudo, a sua participação poderá contribuir para melhorias do acesso e equidade da população negra nos serviços de saúde no município de Caxias do Sul.

O presente trabalho foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) de Caxias do Sul. O uso de suas informações está em consonância com as normas éticas da pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, mantendo-se o sigilo que assegura a privacidade de seus dados considerados como confidenciais. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela equipe de pesquisa, sob a supervisão das pesquisadoras responsáveis. O instrumento de pesquisa será guardado por cinco anos pelas pesquisadoras responsáveis deste projeto na UFCSPA, sendo destruído, posteriormente.

Por fim, como sua participação não acarretará custos, não haverá nenhuma recompensa financeira adicional. Em caso de danos comprovadamente decorrentes da participação da pesquisa

você terá direito à indenização. Para qualquer esclarecimento sobre a pesquisa poderá contatar a qualquer momento a pesquisadora Mônica Maria Celestina de Oliveira (monica@ufcspa.edu.br) ou pelo telefone (51) 33038814, ou com o Comitê de Ética da UFCSPA (CEP-UFCSPA), Rua Sarmento Leite, 245, sala 605, Prédio 3, de segunda a sexta-feira, no horário das 8h às 12h e das 14h às 17h, telefone: (51) 3303-8804 ou pelo e-mail cep@ufcspa.edu.br.

Eu,_____, atesto o recebimento de uma das duas vias assinadas deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP) e concordo em participar da pesquisa.

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora responsável

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (CEP-UFCSPA).
Rua Sarmento Leite, 245 – Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil – CEP 90050-170
Fone (51) 3303-8804

## APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Usuários

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: "**Saúde da população Negra: história em quadrinhos como dispositivo pedagógico para educação antirracista em saúde a partir da percepção de usuários e profissionais**", sob responsabilidade das pesquisadoras e orientadoras Profa. Dra. Monica Maria Celestina de Oliveira e Profa. Dra. Alisia Helena Weis, tendo como mestranda Melissa Zorzi Tieppo.

O objetivo deste estudo é avaliar o acesso e o cuidado em saúde da população negra em um território adscrito à Atenção Primária no município de Caxias do Sul, a partir das percepções de usuários e profissionais de saúde, visando subsidiar o desenvolvimento de uma ferramenta de letramento e formação profissional (história em quadrinhos), alinhada à educação permanente em saúde, para o enfrentamento das desigualdades raciais na assistência do cuidado.

A metodologia desta pesquisa compreende entrevistas com os usuários do serviço de saúde participante, apresentando questões norteadoras sobre o tema do presente estudo. A entrevista terá a duração aproximada de 20 minutos e será gravada para posterior análise do conteúdo. Os possíveis riscos e desconfortos decorrentes da participação na pesquisa poderão ser o incômodo em responder às perguntas norteadoras, o tempo gasto na participação da entrevista, bem como o risco mínimo de divulgação dos dados dos participantes. Para minimizar estes riscos, é assegurado o direito de desistir da pesquisa, sem nenhum prejuízo, caso sinta-se desconfortável. Para o risco de divulgação de dados, os mesmos serão anonimizados e não serão salvos em nenhum repositório virtual ligado à internet.

A participação no estudo não trará nenhum benefício direto para você, somente o objetivo exclusivo de colaborar com a pesquisa. Contudo, a sua participação poderá contribuir para melhorias do acesso e equidade da população negra nos serviços de saúde no município de Caxias do Sul.

O presente trabalho foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) de Caxias do Sul. O uso de suas informações está em consonância com as normas éticas da pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, mantendo-se o sigilo que assegura a privacidade de seus dados considerados como confidenciais. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela equipe de pesquisa, sob a supervisão das pesquisadoras responsáveis. O instrumento de pesquisa será guardado por cinco anos pelas pesquisadoras responsáveis deste projeto na UFCSPA, sendo destruído, posteriormente.

Por fim, como sua participação não acarretará custos, não haverá nenhuma recompensa financeira adicional. Em caso de danos comprovadamente decorrentes da participação da pesquisa você terá direito à indenização. Para qualquer esclarecimento sobre a pesquisa poderá contatar a

qualquer momento a pesquisadora Mônica Maria Celestina de Oliveira (monica@ufcspa.edu.br) ou pelo telefone (51) 33038814, ou com o Comitê de Ética da UFCSPA (CEP-UFCSPA), Rua Sarmento Leite, 245, sala 605, Prédio 3, de segunda a sexta-feira, no horário das 8h às 12h e das 14h às 17h, telefone: (51) 3303-8804 ou pelo e-mail cep@ufcspa.edu.br.

Eu,_____, atesto o recebimento de uma das duas vias assinadas deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP) e concordo em participar da pesquisa.

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora responsável

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (CEP-UFCSPA).
Rua Sarmento Leite, 245 – Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil – CEP 90050-170
Fone (51) 3303-8804

## APÊNDICE E – Síntese analítica diretrizes PNSIPN x achados empíricos estudo

| *Eixos da PNSIPN* | *Diretrizes da Política* | *Achados do estudo* | *Análise crítica* |
|---|---|---|---|
| *Racismo como determinante social da saúde* | Reconhecimento explícito do racismo institucional como produtor de iniquidades | Profissionais tendem a negar ou minimizar o racismo; usuários relatam discriminação indireta e dificuldade de nomeação | Evidencia-se dissociação entre marco normativo e prática institucional, reforçando a invisibilidade do racismo |
| *Equidade no acesso e na atenção* | Redução das desigualdades raciais no acesso e na qualidade do cuidado | Relatos de desvalorização da dor, atendimento protocolar e menor escuta qualificada | A igualdade formal substitui a equidade, reproduzindo iniquidades raciais |
| *Educação permanente em saúde* | Formação crítica e continuada sobre racismo e saúde da população negra | Capacitações pontuais, concentradas em datas simbólicas ou inexistentes | Fragilidade na institucionalização da PNSIPN como política estruturante |
| *Informação em saúde (raça/cor)* | Uso qualificado da variável raça/cor para planejamento e avaliação | Registro formal sem utilização analítica | Produção de invisibilidade epidemiológica e limitação do planejamento equitativo |
| *Participação social* | Fortalecimento do controle social da população negra | Participação genérica, sem recorte racial | Demandas específicas da população negra são diluídas |
| *Gestão e representatividade* | Promoção da equidade racial nos espaços de poder | Baixa presença de profissionais negros na gestão | Reforço do racismo estrutural nas decisões institucionais |

Fonte: Elaboração própria.

## APÊNDICE F – Briefing técnico do HQ para o ilustrador

Projeto: Igual para quem? Racismo e branquitude no SUS

Objetivo do material é criar um HQ educativo para profissionais de saúde que:

- Aborde racismo estrutural e institucional no SUS
- Trabalhe a branquitude como eixo transversal
- Dialogue com resistências, negação e silenciamentos
- Seja realista, acessível e não caricatural

O tom visual é definido como um realismo estilizado, com expressões faciais sutis, devendo-se evitar caricaturas ou exageros raciais e os ambientes da Atenção Primária devem ser verossímeis.

Personagens – diretrizes visuais:

Ana (Técnica de enfermagem, branca)

- Aparência neutra, uniforme claro
- Expressão segura no início, reflexiva depois
- Não vilanizar

João (Enfermeiro, negro)

- Postura observadora
- Expressões contidas
- Centralidade ética da narrativa

Carla (Médica, branca)

- Técnica, concentrada
- Linguagem corporal defensiva no início

Dona Lúcia (Usuária, negra)

- Corpo cansado, expressão de resistência

- Evitar estereótipos de fragilidade

Os texto e balões devem ser limpos e conter linguagem simples. As narrações devem estar contidas em caixas retangulares discretas e os pensamentos em balões pontilhados. Os cuidados éticos observam que o racismo nunca deve aparecer como “caso isolado”, assim como deve-se evitar cenas explícitas de agressão. O foco do HQ deve ser na estrutura, rotina e omissão.

Público leitor:

- Profissionais da saúde
- Leitura rápida
- Possível resistência inicial
- A imagem deve convidar, não acusar.

Resultado esperado:

- Material formativo
- Disparador de discussão
- Uso em educação permanente e oficinas
- Alinhado à PNSIPN

# ANEXO 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Acesso e equidade em saúde da população Negra: desenvolvimento de formação profissional a partir da percepção de usuários e profissionais

**Pesquisador:** Mônica Maria Celestina de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 91759425.9.0000.5345

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 7.894.365

**Apresentação do Projeto:**

As informações elencadas neste campo foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇOES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2617306, DE 17/09/2025).

No último censo IBGE 2022, a maior parte da população do Brasil se declarou parda. Apesar de ser uma maioria, é fundamental reconhecer que a população negra ainda enfrenta desafios como o racismo estrutural e as desigualdades sociais, oriundos do colonialismo que fundou o Brasil. Estas questões estão diretamente relacionadas à distribuição e manutenção das iniquidades raciais que afetam os marginalizados pela sociedade. Considerando que um quarto dos residentes no município de Caxias do Sul se autodeclaram pretos e pardos, políticas públicas que garantam o acesso à saúde de qualidade podem não estar asseguradas, apesar da existência da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída desde 2009. Desta forma há o questionamento sobre a proporcionalidade do acesso aos serviços de saúde no município, considerando o aumento desta parcela populacional, sendo necessário averiguar o alcance das políticas públicas para a população negra. Assim, é objetivo desta pesquisa avaliar o acesso à saúde da população negra em um território adscrito à Atenção Primária, a partir das percepções de usuários e profissionais de saúde, visando subsidiar o desenvolvimento de uma oficina de formação profissional para o enfrentamento das desigualdades raciais no cuidado. A fim de responder os questionamentos suscitados, este estudo transversal, de natureza qualitativa e quantitativa, procura acessar dados públicos com

**Endereço:** Rua Sarmento Leite, 245, prédio 03, sala 605a
**Bairro:** Sarmento **CEP:** 90.050-170
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE
**Telefone:** (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br