



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

JÚLIA MAYUMI SEIDO BRITO

**O SILÊNCIO DA BRANQUITUDE: O OLHAR DE PRIVILÉGIO DE ESTUDANTES
DE MEDICINA AUTODECLARADOS BRANCOS SOBRE A SAÚDE DA POPULA-
ÇÃO NEGRA**

Salvador, Bahia

2022

JÚLIA MAYUMI SEIDO BRITO

**O SILÊNCIO DA BRANQUITUDE: O OLHAR DE PRIVILÉGIO DE ESTUDANTES
DE MEDICINA AUTODECLARADOS BRANCOS SOBRE A SAÚDE DA POPULA-
ÇÃO NEGRA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Orientadora: Patrícia Gabriele Chaves dos Santos.

Salvador, Bahia

2022

*dedico a minha escrita
aos que acreditam na luta antirracista
e a todos que são feridos
pelo silêncio da branquitude.*

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, que sempre acreditou em mim, em minha escrita, e tanto me cuida, longe e perto. Por ter sempre me estimulado a ler, a buscar, descobrir. Por me inspirar e me ensinar a amar as pessoas, buscando sempre a empatia e o afeto.

Ao meu pai que tornou possível a realização de estar em um curso superior que realmente sonhei e tanto me identifico. Por sempre ter valorizado meus estudos e priorizado isso mesmo quando parecia ser impossível estar em uma faculdade particular na capital, fazendo "das tripas coração", como ele costuma dizer.

À minha orientadora e professora, Patrícia Chaves, que desde nosso encontro fez meus olhos brilharem me mostrando as tantas possibilidades que podem existir no cuidado em saúde, me ensinando a importância de continuar sonhando. Obrigada por todo o apoio, todo o afeto e o cuidado comigo que teve durante o processo da escrita desse trabalho. Você é extraordinária!

À Maria Fernanda e Artur, com quem sempre tive longas e sinceras conversas sobre diversas questões humanas, me estimulando a pensar e entender ainda mais esse mundo, mesmo que de longe.

Aos meus amigos, Iris, João, Vanessa e Laura, amigos, rede de apoio, parceiros que sempre me proporcionam trocas significativas ao longo desses anos, dando mais sentido para minha vida.

Ao meu amor Gabriel, cuja conexão me trouxe a mais pura felicidade durante o meu processo de escrita.

À professora Lavínia, que durante o programa Candeal e agora com o PET, me estimulou a pensar em uma prática em saúde com reflexão, presença, equidade e sempre com intervalos para realmente estar consciente e valorizar nossa própria saúde mental.

Ao programa de extensão Bahiana em Defesa da Vida, que desde as primeiras vivências me levou a olhar por outra perspectiva sobre a saúde pública e a população negra.

A todos os artistas negros que sempre me emocionaram com letras e canções que me mobilizaram a tentar me engajar e me informar mais sobre o lugar que eu ocupo, a estudar, refletir e a buscar o mínimo compromisso social com a luta antirracista.

A todos os meus professores do ensino fundamental e médio, os quais consigo ver reflexos do ensino até hoje em mim.

À pró Lúcia e ao professor Jomarito, agradeço por participarem do meu processo de formação na ABC, sempre me incentivando à leitura, à escrita, à pesquisa, à arte e ao pensamento crítico.

À professora Marli, agradeço por ter desconstruído a minha experiência com a história do Brasil e de outros países, sempre propondo um contato mais ativo com a cultura, a política, a arte e a vivência na cidade de Salvador.

Aos entrevistados que concordaram em participar e expressar suas opiniões e experiências de forma aberta e fluida, sem isso, não seria possível ter escutado o silêncio branco que, paradoxalmente, ainda ecoa sob à saúde da população negra.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo principal compreender a percepção de estudantes autodeclarados brancos do curso de Medicina, em uma faculdade privada de Salvador (BA), acerca das práticas de cuidado em saúde ofertadas à população negra. Para isso, foi realizada uma pesquisa com abordagem qualitativa, através de entrevistas semi-estruturadas com estudantes de medicina autodeclarados brancos. Portanto, a partir dessa metodologia, foi possível identificar o conhecimento desses estudantes autodeclarados brancos sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, além de descrever a compreensão desse grupo acerca do racismo como um determinante social de saúde, e ainda avaliar a presença de práticas antirracistas no processo formativo desses integrantes. Dessa maneira, os resultados foram organizados em quatro categorias temáticas: Experiências em torno da saúde da população negra na faculdade; Preenchimento do critério raça/cor durante atendimentos; Alternativas para redução de desigualdades raciais no acesso à saúde e Conhecimentos sobre a identificação com a cor branca. Assim, foi possível discutir sobre a raça e o racismo no contexto brasileiro, explorando as noções acerca da branquitude e confirmando a forte relação existente entre a raça e a saúde.

Palavras-chave: raça, saúde, medicina, saúde da população negra, branquitude.

ABSTRACT

The main objective of this work was to understand the perception of self-declared white students of the Medicine course, in a private college in Salvador (BA), about the health care practices offered to the black population. For this, a research was carried out with a qualitative approach, through semi-structured interviews with self-declared white medical students. Therefore, based on this methodology, it was possible to identify the knowledge of these self-declared white students about the National Policy for the Comprehensive Health of the Black Population, in addition to describing this group's understanding of racism as a social determinant of health, and also to assess the presence of anti-racist practices in the training process of these members. In this way, the results were organized into four thematic categories: Experiences around the health of the black population in college; Fulfillment of the race/color criterion during consultations; Alternatives to reduce racial inequalities in access to health and Knowledge about the identification with the white color. Thus, it was possible to discuss race and racism in the Brazilian context, exploring notions about whiteness and confirming the strong relationship between race and health.

Keywords: race, health, medicine, health of the black population, whiteness.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. APRESENTAÇÃO | 10 |
| 2. INTRODUÇÃO..... | 13 |
| 3. OBJETIVOS..... | 15 |
| 4. REVISÃO DE LITERATURA..... | 17 |
| 4.1. RAÇA E RACISMO: CONCEITOS E CONTEXTO BRASILEIRO | 17 |
| 4.2. NOÇÕES ACERCA DA BRANQUITUDE..... | 19 |
| 4.3. SAÚDE E RACISMO | 21 |
| 5. MÉTODOS..... | 25 |
| 5.1. NATUREZA DO ESTUDO | 25 |
| 5.2. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE | 25 |
| 5.3. COLETA DE DADOS..... | 26 |
| 5.4. ANÁLISE DE CONTEÚDO | 27 |
| 5.5. ASPECTOS ÉTICOS | 28 |
| 6. RESULTADOS | 28 |
| 7. DISCUSSÃO..... | 31 |
| 7.1. EXPERIÊNCIAS EM TORNO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA | 32 |
| 7.1.1. Abordagem da saúde da população negra na faculdade | 32 |
| 7.1.2. Visão sobre a desigualdade racial no acesso à saúde | 34 |
| 7.1.3. A desconhecida PNSIPN | 36 |
| 7.2. O PREENCHIMENTO DO CRITÉRIO RAÇA/COR DURANTE ATENDIMENTOS | |
| 38 | |
| 7.3. ALTERNATIVAS PARA REDUÇÃO DE DESIGUALDADES RACIAIS NO | |
| ACESSO À SAÚDE..... | 40 |
| 7.4. CONHECIMENTOS SOBRE A IDENTIFICAÇÃO COM A COR BRANCA | 43 |
| 7.4.1. O olhar do privilégio | 43 |

| | |
|---------------------------------------|----|
| 7.4.2. O silêncio da branquitude..... | 46 |
| 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 49 |

1. APRESENTAÇÃO

Eu, como autora desse trabalho, acredito ser relevante destacar quem sou: mulher, baiana, do interior, poeta, autodeclarada amarela - uma vez que meus avós maternos são japoneses. No entanto, sou lida como branca pela sociedade. Por isso, ocupo um lugar privilegiado e de maior conforto para redigir, entrevistar, analisar e discutir acerca dessa temática. Por isso, para falar e escrever sobre dores, preconceitos e desafios, os quais nunca enfrentei, devido a minha cor e meus respectivos e inúmeros privilégios, peço licença.

Ao longo da minha trajetória como estudante, pude observar o meu interesse em torno das minorias sociais e das políticas públicas, principalmente no que diz respeito à área da saúde, de doenças negligenciadas e de populações vulnerabilizadas. São temáticas que eu busquei em muitos momentos estudar fora do ambiente acadêmico, haja vista a escassez de espaços e discussões relacionados aos temas de gênero, raça ou classe. Acredito que muito relacionado ao processo de patologização da prática médica, e da fuga de elementos sociais e sensíveis durante o processo de formação. Por isso, pensei em uma forma de poder inserir isso no meu cronograma de estudos acadêmicos, como uma forma de não precisar desvincular uma coisa da outra. Existia uma conexão evidente entre as temáticas e eu senti essa necessidade de criar uma forma disso realmente acontecer.

Assim, com a ajuda da minha orientadora - pró Patrícia - percebi que, de fato, existia espaço na própria faculdade para que eu estudasse e discutisse sobre esses assuntos, os quais possuem relevância exorbitante para a prática médica e para a formação de profissionais de saúde. E foi em uma das nossas conversas que ela me apresentou o trabalho da doutora em Psicologia Social, Lia Vainer. E a partir daí decidi que, no meu Trabalho de Conclusão de Curso eu gostaria de relacionar branquitude com a saúde da população negra.

Durante o movimento de buscar a autorreflexão e dessas leituras, ficou evidente que mesmo acreditando na luta antirracista, o silêncio, a desinformação, a falta de responsabilidade social me tornam protagonista do racismo que infelizmente ainda tanto reverbera nesse país.

Dessa maneira, esse conjunto de fatores motivou minha escrita ainda mais, pois essas possibilidades não estavam muito evidentes durante o curso, foi uma busca pessoal

e externa, pois situada no contexto de aulas e orientações acerca do TCC, sempre parecia que a norma e o padrão eram temáticas de trabalhos de conclusão de curso voltadas apenas para assuntos muito voltados para tratamentos, protocolos e artigos médicos específicos, reduzindo, para mim, a ideia do TCC como algo desconfortável, cansativo, difícil, com números, cálculos e artigos muito longos, o que me angustiava extremamente, pois até a decisão do tema, no 5º semestre, eu não tinha afinidade por nenhuma especialidade específica, ao ponto de me guiar e tomar uma decisão saudável, afinal era um trabalho que eu me dedicaria por vários semestres.

Portanto, ao decidir realmente me dedicar para essa pesquisa, ainda que lida como parte do grupo opressor, busco, por meio desse trabalho, denunciar o racismo que existe na área da saúde, e assumir o compromisso e a responsabilidade de ocupar esse lugar - na tentativa de romper o silêncio da branquitude.

o silêncio da raiz

às vezes o silêncio machuca
sangra
rasga o peito
por muito tempo
achei que silêncio pudesse ser ausência de algo
ausência de som
mas não
esse silêncio tem som
som de dor
grito de desespero
pedido de socorro
súplica por respeito
e acreditei que nessa suposta ausência
nenhum espaço existia
mas percebi que ele é densamente ocupado
uma ocupação determinada
demarcada
selada
nesse espaço
residem às raízes do racismo
profundas e firmes
brancas
regadas
todos os dias
a cada segundo
com o sangue preto
que escorre das mãos
da silenciosa branquitude

(Júlia Mayumi Seido Brito)

2. INTRODUÇÃO

Na perspectiva dos direitos humanos, a saúde é reconhecida como um conjunto de condições integrais e coletivas de existência, influenciada por fatores políticos, culturais, socioeconômicos e ambientais. Entretanto, a garantia legal ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde não tem assegurado aos negros e indígenas o mesmo nível e qualidade de atenção apresentado aos brancos. Dessa forma, como aponta Fernanda Lopes: “negros, indígenas e brancos ocupam lugares desiguais e trazem consigo experiências também desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer.”¹

No Brasil, os indicadores de saúde, quando cruzados com as características socioeconômicas, revelam a importante relação entre saúde, seus determinantes sociais e a organização do sistema de saúde. A compreensão deste conjunto é fundamental para instrumentalizar a elaboração de políticas e programas voltados para o combate às desigualdades, buscando construir um Sistema Único de Saúde (SUS) equitativo no acesso e pautado na integralidade do cuidado.¹

Nesse sentido, é vital reconhecer o racismo como um dos fatores centrais na produção das iniquidades em saúde vivenciadas por mulheres e homens negros, de todas as regiões do país. Por isso, o entendimento acerca do racismo institucional merece destaque, uma vez que ele equivale às ações e políticas institucionais capazes de produzir e/ou manter a vulnerabilidade de indivíduos e grupos sociais vitimados pelo racismo.²

Assim, após um longo período de luta e da mobilização dos movimentos sociais, em especial o Movimento Negro, em 2006, o Ministério da Saúde reconheceu o conceito de racismo e em 2009, foi instituída a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), cuja marca é “o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais e condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde”. Portanto, para contribuir para um sistema que preza pela integralidade e longitudinalidade do cuidado, todo profissional da área têm grande responsabilidade e deve conhecer a PNSIPN, buscando contribuir para o combate ao racismo e às iniquidades.³

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2018, na Bahia, eram mais de 14,7 milhões de indivíduos com uma maioria predominantemente negra: 58,2% eram pardos e 22,9% pretos.⁴ Somado a isso, é essencial destacar que a população negra é SUS-dependente, pois dados revelam que 76% dos atendimentos e 81% das internações no SUS são de usuários negros e negras.³ Infelizmente, a falta de utilização plena da perspectiva étnico/racial nas políticas e nas ações de saúde contribuem para a manutenção da situação de vulnerabilidade da população negra, tornando o campo da saúde produtor e reproduzidor de desigualdades raciais.¹

Todavia, ainda que a maioria da população brasileira seja negra⁵, a proporção de negros que acessa o ensino superior é significativamente menor. Nesse sentido, pode-se entender que as escolas de Medicina são ocupadas por uma maioria de pessoas brancas, diante do seu alto prestígio social, o que inclui o corpo docente, discente e gestor. Apesar do avanço promovido pelas políticas afirmativas na promoção de acesso à universidade, faltam políticas voltadas para permanência estudantil nessas instituições. Dessa maneira, a não abordagem das questões raciais na escola médica a mantém como um espaço perpetuador do racismo em suas diferentes dimensões.⁶

Nessa atmosfera, um aspecto que merece atenção nos debates, nas pesquisas e na implementação de programas institucionais de combate às desigualdades é o silêncio, a omissão e a distorção que há em torno do lugar que o branco ocupou e ocupa, de fato, nas relações raciais. Conseqüentemente, essa herança silenciada adentra, de forma gradual, à subjetividade contemporânea dos brasileiros, em particular dos brancos, beneficiários simbólicos ou concretos dessa realidade, o que traz reflexos também na área da saúde e no tratamento ofertado à população negra.⁷

Por isso, analisar e compreender a história de estudantes autodeclarados brancos, do curso de Medicina, demonstra uma tentativa de ampliar as percepções e os materiais já existentes acerca da relação entre a supremacia racial branca e a manutenção do racismo na saúde – através das ações e percepções dos seus respectivos profissionais responsáveis.⁸

Dessa maneira, é ideal investigar, escutar e compreender as perspectivas desse grupo, uma vez que o racismo institucional não está presente apenas no mau

atendimento ou nas dificuldades de acesso, mas se revela também nos programas de formação profissional e na educação em saúde que sustentam o racismo. Além disso, por ser um lugar de vantagem estrutural nas sociedades atreladas à ideia de dominação racial, a branquitude ⁹ que ocupa a área de saúde deve, cada vez mais, reconhecer e assumir a necessidade dos meios de promoção da saúde integral da população negra e do enfrentamento ao racismo institucional no SUS ¹⁰, uma vez que a ausência de conhecimento e reflexão também colabora com a reprodução dos mecanismos racistas.

A ausência de uma discussão estruturada sobre branquitude e privilégio nos processos de ensino-aprendizagem, associada à falta de uma abordagem racializada da perspectiva da saúde leva a deficiências na formação dos estudantes e mascara a limitada formação dos educadores. ⁶ Assim, enquanto os espaços de formação e educação em saúde continuarem fechando os olhos para a saúde da população negra, o racismo continuará exercendo seu efeito perverso sobre o adoecimento dessa população; a equidade continuará sendo um conceito apenas teórico; a morte negra continuará sendo uma vida interrompida, e não um fim de vida; ³ e a desconstrução dos princípios da branquitude, alicerçados no reconhecimento das maiores demandas da população negra e no afastamento da proteção silenciosa dos privilégios concretos e simbólicos, estará mais distante da realidade. ¹

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

Compreender a percepção de estudantes autodeclarados brancos do curso de Medicina, em uma faculdade privada de Salvador (BA), acerca das práticas de cuidado em saúde ofertadas à população negra.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar o conhecimento de estudantes autodeclarados brancos em um curso de Medicina em Salvador (BA) sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra;

- Descrever a compreensão dos estudantes de Medicina autodeclarados brancos de uma faculdade privada em Salvador, Bahia acerca do racismo como um determinante social de saúde;
- Avaliar a presença de práticas antirracistas no processo formativo do curso de Medicina em uma faculdade privada em Salvador, Bahia.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1. RAÇA E RACISMO: CONCEITOS E CONTEXTO BRASILEIRO

*Os ossos de nossos antepassados
colhem as nossas perenes lágrimas
pelos mortos de hoje.*

*Os olhos de nossos antepassados,
negras estrelas tingidas de sangue,
elevam-se das profundezas do tempo
cuidando de nossa dolorida memória.*

*A terra está coberta de valas
e a qualquer descuido da vida
a morte é certa.*

*A bala não erra o alvo, no escuro
um corpo negro bambeia e dança.
A certidão de óbito, os antigos sabem,
veio lavrada desde os negreiros.*

(Conceição Evaristo)

A ideia de raça e racialização do mundo evidencia-se como uma das explicações utilizadas pela humanidade para classificar e hierarquizar os grupos humanos, como afirma a psicóloga Lia Vainer. Logo, nesse contexto, a raça refere-se ao conjunto de formulações acerca dos fenótipos dos sujeitos: as crenças, os pensamentos e também os estereótipos relacionados às características físicas. Assim, o significado de raça de cada indivíduo está associado a um sistema referencial em que vários fatores podem estar relacionados, desde traços fisionômicos que incluem a cor da pele, a descendência, além de atributos mentais e psicológicos, ou seja, caracteres de cada grupo, provocando um processo de classificação, pertencimento e identidade racial.

¹¹ Conforme Munanga¹² traz:

“De outro modo, o campo semântico do conceito de raça é determinado pela estrutura global da sociedade e pelas relações de poder que a governam. Os conceitos de negro, branco e mestiço não significam a mesma coisa nos Estados Unidos, no Brasil, na África do Sul, na Inglaterra (...). Por isso que o conteúdo dessas palavras é etno-semântico, político-ideológico e não biológico.” (MUNANGA, 2003, p. 6).

Ademais, é essencial lembrar que todos os conceitos utilizados nos contextos sociais obedecem a uma dinamicidade, dessa maneira, como afirma Mônica Mendes: "(...) raça é um conceito aberto, fluido, instável, em permanente transmutação e sempre sujeito à interferência de outras marcas e signos sociais aos quais se conjuga, como classe, gênero e origem ou nacionalidade." Nessa perspectiva, durante o século XVIII, aconteceu uma ampliação significativa do termo, de maneira que o pensamento também ocidental passou a considerar a aparência, o sangue e o meio ambiente.¹³

Porém, o conceito atual de raça é carregado de ideologia, pois esconde uma realidade não proclamada: a relação de poder e de dominação. E, em todos os casos, a civilização branca europeia sempre foi privilegiada. Por isso, é essencial deixar evidente que esse conceito é trazido sob uma perspectiva social,¹² uma vez que a ideia de raça e racialização do mundo é uma das explicações encontradas pela humanidade para classificar e hierarquizar os grupos humanos.⁸

Nesse contexto, o racismo origina-se desse processo de elaboração e da expansão de uma doutrina que justifica desigualdades entre seres humanos, baseado nesse conceito amplo de raça. Logo, tanto a desigualdade de posição social quanto de tratamento, as separações espaciais e a desigualdade de direitos são justificadas por essa doutrina de diferenças raciais, evidenciando como o racismo impregnou tanto o imaginário coletivo.¹⁴

No Brasil, diversos estudos concentram informações sobre as relações raciais e o racismo, o qual se modifica junto à sociedade, originando e perpetuando diferentes formas e manifestações, no entanto, para o presente trabalho o enfoque será maior para o racismo brasileiro atual. Sob esse prisma, é fundamental ressaltar diferentes concepções do racismo, as quais, de acordo com Silvio Almeida, um importante professor e na luta do combate ao racismo, são três.¹⁵ A individualista, na qual o racismo abarca atitudes e ações individuais de discriminação racial em um contexto das relações interpessoais, ou seja, atrelados ao comportamento de quem pratica. Já na institucional, há a presença massiva de determinado grupo étnico-racial nas instituições pela qual se conferem privilégios e desvantagens a determinados grupos em razão da raça, normalizando estes atos, por meio do poder e da dominação. E, por fim, a estrutural que, diante da presença do racismo nas relações sociais e nas instituições, se solidifica ainda mais nas dimensões políticas, jurídicas e econômicas, validando a autopreservação entre os brancos, bem como a manutenção dos privilégios e a reprodução da desigualdade racial.¹⁵

Infelizmente, o racismo brasileiro está presente nas práticas sociais e nos discursos, caracterizando um racismo de atitudes, cuja base foi consolidada ao longo dos anos, mas que permanece sendo retroalimentada na atualidade, como afirma Guimarães ¹⁴:

“No Brasil, (...) o estado liberal de direito que se implanta em 1822, com a Independência, garante, a um só tempo, as liberdades individuais dos senhores e das classes dominantes e a continuidade da escravidão. Depois da abolição, em 1888, tal dualidade de tratamento diante da lei estende-se ao sistema de clientelismo e ao colonato, que substituiu a escravidão. Ou seja, as liberdades e os direitos individuais constitucionalmente outorgados não são garantidos na prática social; as práticas de discriminação e de desigualdade de tratamento continuam sendo a regra das relações sociais.” (GUIMARÃES, 1999, p. 107).

Consequentemente, torna-se cada vez mais perceptível como a presença do racismo atravessa a humanidade, permeando diferentes cronologias, incluindo o cotidiano da população negra do Brasil, em seus mais diversos setores, em destaque para a saúde dessa população.

4.2. NOÇÕES ACERCA DA BRANQUITUDE

Dentre os pioneiros em problematizar a identidade racial branca é importante citar o filósofo e psiquiatra Frantz Fanon que, em 1952, publicou seu livro de maior repercussão, “Pele negra, máscaras brancas”, o qual discute diversos assuntos relacionados à questão da raça e à relação entre colonizado e colonizador como categorias importantes para o entendimento e a construção de subjetividades de sujeitos brancos e negros. Dessa maneira, para Fanon: ¹⁶

“A opressão colonial e o racismo da própria estrutura da colonização passaram também a dominar subjetivamente os colonizados e os colonizadores. No caso dos negros, a consequência seria uma não aceitação da sua autoimagem, da sua cor, o que resultaria em um “pacto” com a ideologia do branqueamento e, portanto, a construção do que o autor chama de máscaras brancas começa na rejeição do negro de si próprio e uma tentativa de fuga das características estereotipadas associadas negativamente aos não brancos na sociedade ocidental. (...) afirmando que o mesmo racismo subjetivado pelos negros também é apropriado pelos brancos, embora em uma relação assimétrica, na constituição das identidades raciais brancas. O resultado, no

tocante ao funcionamento da categoria raça, seria um sentimento de superioridade dos brancos em relação aos não brancos. (FANON, 2008, p. 83).

Destarte, nota-se que Frantz Fanon buscava libertar o branco de sua branquitude e o negro de sua negritude, porque a identidade racial seria um encarceramento que dificulta a pessoa de apenas existir em sua condição humana.¹⁷

Nessa atmosfera, desde a década de 90 do século passado, os estudos sobre raça e racismo nos Estados Unidos começaram a mudar seu enfoque, e novos olhares começaram a surgir. Dessa maneira, quando esses estudos mudam a perspectiva, o olhar acadêmico das ciências sociais humanas tenta ser deslocado dos negros racializados, para o centro sobre o qual foi construída a noção de raça: os brancos.⁷

No contexto do Brasil, esses estudos críticos sobre branquitude são datados apenas no início do século XXI⁷ e, no entanto, na atualidade, a identidade do branco ainda é pouco questionada e estudada. Nesse cenário, Maria Aparecida Bento argumenta que os brancos em nossa sociedade agem por um mecanismo que ela denomina de pactos narcísicos, ou seja, alianças inconscientes, intergrupais, caracterizadas pela ambiguidade, e, no tocante ao racismo, pela negação do problema racial, pelo silenciamento, pelo permanente esforço de exclusão moral, afetiva, econômica e política do negro, no universo social.¹⁸ Assim, no livro *Psicologia Social do Racismo: Estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil*, ela traz que a branquitude nada mais é do que “um lugar de privilégio racial, econômico e político, no qual a racialidade, não nomeada como tal, carregada de valores, de experiências, de identificações afetivas, acaba por definir a sociedade.”⁷

Logo, os privilégios, tanto simbólicos como materiais, operam seguindo um mecanismo voltado para criação de vantagens às pessoas do grupo racial branco, possibilitando maior acesso a direitos, mesmo os mais básicos, bem como maior facilidade de ascensão social.¹⁸ Desta forma, a psicóloga Lia Vainer, em sua tese de doutorado “Entre o encardido, o branco e o branquíssimo”, caracteriza que os sujeitos que ocupam essa posição foram sistematicamente privilegiados no que diz respeito ao acesso a esses recursos, gerados inicialmente pelo colonialismo e pelo imperialismo, e que se mantêm e são preservados na contemporaneidade.⁸

Portanto, para adentrar de fato no campo crítico da branquitude, Lia afirma:

“Definir o que é branquitude e quem são os sujeitos que ocupam lugares sociais e subjetivos da branquitude é o nó conceitual que está no bojo dos estudos contemporâneos sobre identidade branca. (...) nesta definição, as categorias sociológicas de etnia, cor, cultura e raça se entrecruzam, se colam e se descolam umas nas outras dependendo do país, região, história, interesses políticos e época em que estamos investigando. Ser branco e ocupar o lugar simbólico da branquitude não é algo estabelecido por apenas questões genéticas, mas sobretudo por posições e lugares sociais que os sujeitos ocupam.” (SCHUCMAN, 2014, p. 60).

Através dessa perspectiva, defendida também por Ruth Frankenberg e Edith Piza, evidencia-se que, de fato, a branquitude é um produto da história, sendo uma categorial relacional, ou seja, não apresenta significado intrínseco, mas uma ideia totalmente construída socialmente. Dessa forma, elas também argumentam que uma característica marcante da identidade racial branca é a invisibilidade, onde há falta de percepção do indivíduo branco como ser racializado.⁸ Por isso, o branco não é apenas favorecido nessa estrutura, mas é, também, produtor ativo através dos mecanismos mais diretos de discriminação e da produção de um discurso que propaga a democracia racial e o branqueamento.

Sendo assim, na tentativa da construção de uma sociedade com mais equidade, é essencial que as pessoas brancas se entendam racializadas e atuantes nas dinâmicas e debates sociais e raciais, modificando seu estar no mundo e a visão das instituições das quais participam, o que inclui as instituições de saúde e de formação no Brasil, para que ocorram modificações reais no imaginário coletivo.¹⁸ Poucos trabalhos foram feitos com o intuito de descrever e compreender a experiência e construções cotidianas do próprio sujeito branco e, justamente por essa situação, torna-se tão vital buscar desvelar a branquitude, ainda que de forma gradual.⁸

4.3. SAÚDE E RACISMO

*Um corpo no mundo
Eu sou um corpo
Um ser
Um corpo só
Tem cor, tem corte
E a história do meu lugar
Eu sou a minha própria embarcação
(Luedji Luna)*

A saúde, ao ser instituída pelo Estado Brasileiro como um direito de todos, deveria ser assegurada, possibilitando acesso universal e igualitário em todos os serviços de saúde, com o intuito de atender às demandas da população. Entretanto, infelizmente, desde os primórdios do seu processo de desenvolvimento, o Brasil é um país permeado de desigualdades sociais, regionais, educacionais, de gênero e, principalmente, raciais. Conseqüentemente, essas diferenças refletem na qualidade de vida da população negra, de forma que o acesso e a qualidade da atenção e do cuidado são fortemente comprometidos.¹⁹

Além disso, a persistência dessa situação até a atualidade é perceptível na precocidade dos óbitos, nas elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, na maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas, além dos altos índices de violência urbana que incidem sobre a população negra. Por isso, a resistência dos movimentos sociais buscam denunciar a situação de indignidade das condições de vida dessa população, traduzindo-as em reivindicações por políticas públicas que reduzam a desigualdade, visando à ampliação da equidade para acesso aos bens e serviços públicos.¹⁰

Sobre essa situação, pode-se fazer uma associação com as afirmações de Jurema Werneck²:

“Cabe reconhecer que, (...) a saúde da população negra se justifica: pela participação expressiva da população negra no conjunto da população brasileira; por sua presença majoritária entre usuários do Sistema Único de Saúde; por apresentarem os piores indicadores sociais e de saúde, verificáveis a partir da desagregação de dados segundo raça/cor; pela necessidade de consolidação do compromisso do sistema com a universalidade, integralidade e equidade, apesar deste último ter sido longamente negligenciado, especialmente do ponto de vista da justiça social; pela existência de obrigação amparada em instrumentos legais.” (WERNECK, 2016, p. 2).

Nesse contexto, é inegável a necessidade de existir o reconhecimento do racismo como um dos produtores das iniquidades em saúde experienciadas pela população negra em todas as regiões do Brasil, de diferentes níveis educacionais e de renda, em todas as fases da vida. Dessa maneira, historicamente, como observado por Jurema Werneck, desde o período pós-abolição, ocorreram diversas reivindicações da população negra e de movimentos sociais, mais intensificadas na segunda metade do

século XX (destaque para o Movimento de Mulheres Negras e do Movimento Negro) cuja luta era direcionada para o acesso ao sistema de saúde e maior qualidade do processo do cuidado. Assim, tiveram forte expressão em movimentos populares da saúde, de forma que participaram das etapas que favoreceram o surgimento da Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde. Entretanto, Werneck também nos traz a verdadeira perspectiva: ²

“ (...) é possível verificar que (...) apesar de ter contribuído para a concepção de um sistema universal de saúde com integralidade, equidade e participação social, não foi suficiente para inserir (...) mecanismos explícitos de superação das barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde, particularmente aquelas interpostas pelo racismo.” (WERNECK, 2016, p. 5).

Assim, o Ministério da Saúde (MS), em 2006, reconhece que as condições de vida da população negra são resultados de injustos processos sociais, culturais e econômicos que estão presentes na história do Brasil, contribuindo para o desigual acesso aos direitos, inclusive na saúde, refletido no quadro epidemiológico, evidenciando as condições de vulnerabilidade dessa população, de modo a reconhecer a existência do racismo institucional. ¹⁹

Contudo, isso não surgiu de forma rápida e resolutiva, tampouco por intervenção espontânea do governo brasileiro, pois, como traz Mônica Mendes, em sua tese, as lutas e desafios a serem enfrentados pela população negra permeiam também o campo da saúde, sendo possível observar diversos aspectos que reafirmam essas dificuldades¹¹:

“(...) as lutas negras (...) convergiram em duas medidas importantes: a inclusão obrigatória da variável cor/raça na identificação de usuários dos serviços de saúde e nos sistemas de informação em saúde e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra. Porém, a implementação dessas duas conquistas (...) não foi acompanhada de um processo de discussão aprofundado e sistemático acerca do que seja raça (...), o qual pudesse oferecer um modelo conceitual que fundamentasse uma política ou um conjunto de ações políticas em saúde. Nesse sentido, a saúde é um dos campos em que o uso da raça se revela como categoria fantasmática: sempre referida, sem nunca ser mencionado o que a substância.” (MENDES, 2017, p.58).

Portanto, diante de tais limitações, para enfrentar às iniquidades que compreendem o âmbito da saúde brasileira, é preciso compreender, cada vez mais, o racismo, reconhecendo sua dimensão ideológica, a qual conforma as relações de poder na sociedade, entendendo, dessa forma, as políticas públicas, e realmente buscando efetivar a PNSIPN através de práticas antirracistas.²

Para isso, é fundamental também que exista um olhar que adentre no pensamento acerca do poder da branquitude, buscando compreender a rede na qual os sujeitos brancos estão conscientes ou inconscientemente exercendo esse poder por meio de mecanismos e ações que constituem efeitos graves de desigualdade racial. Dessa forma, pensar o poder dessa identidade racial branca tem o intuito de retirar a perspectiva central do racismo e redirecioná-la para o entendimento de estruturas de poder sociais com as suas respectivas particularidades.⁸

Sob esse prisma, é essencial também destacar a importância de reconhecer, a existência de codeterminantes em saúde, ou seja, outros fatores que atuam concomitantemente, aprofundando ou reduzindo seu impacto sobre pessoas e grupos. Para a compreensão desse fenômeno, é coerente destacar a interseccionalidade, ou seja, a conexão, a interdependência das diferentes “variáveis” presentes nas relações sociais e políticas, dando um sentido mais completo para as noções de diversidade, diferença e discriminação. Logo, como destacado por Carla Akotirene, nota-se à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado, ou seja, a sobreposição de gênero, raça e classe.²⁰ Por isso, a interseccionalidade permite visibilizar ferramentas mais adequadas às diferentes singularidades existentes, permitindo uma maior consistência na compreensão dos modos de aproximação e realização dos princípios de universalidade, integralidade e equidade na política pública.

Portanto, é vital que ocorra a qualificação de gestores e profissionais de saúde, além da orientação aos usuários e à população em geral, para que de fato seja promovida uma produção de mudanças consistentes na cultura institucional, baseada no antirracismo.

5. MÉTODOS

5.1. NATUREZA DO ESTUDO

Esse trabalho seguiu uma metodologia de pesquisa qualitativa, através de um estudo transversal e exploratório, baseado em dados primários. Através da abordagem qualitativa, buscou-se aprofundamento na compreensão dos fenômenos e seus detalhes – ações, grupos ou organizações em seu respectivo contexto social -, buscando registrar e interpretá-los.²¹

A socióloga e pesquisadora Maria Cecília de Souza Minayo, explica que essa modalidade de pesquisa aborda muitas questões específicas. Nota-se que para ela, a pesquisa qualitativa interage com uma realidade que não pode ser apenas quantificada, porque essa realidade possui um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Ou seja, corresponde a relações, processos e fenômenos que não podem ser reduzidos apenas a operações variáveis.²² Assim, ela afirma:

“(...) esse método é adequado aos estudos da história, das representações e crenças, das relações, das percepções e opiniões, ou seja, dos produtos das interpretações que os humanos fazem durante suas vidas, da forma como constroem seus artefatos materiais e a si mesmos, sentem e pensam.” (MINAYO, 2008, p.57).

Dessa forma, o estudo qualitativo leva em consideração que as pessoas interagem, interpretam e constroem sentidos.²³ Ademais, busca-se obter qualidade e realidade, através da maior riqueza de detalhes, objetivos e resultados. Consequentemente, esse tipo de estudo, aplicado para a área de saúde, como afirma Minayo, traz uma abordagem cujo aprofundamento no mundo dos significados das ações e relações humanas, revela um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas.²²

5.2. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Os sujeitos selecionados para amostra foram estudantes autodeclarados brancos do curso de Medicina, de uma faculdade privada de Salvador, Bahia. Foram utilizados como critérios de inclusão participantes que estão cursando o nível superior do um

curso de Medicina, matriculados na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EB-MSP) a partir do quarto semestre, na cidade de Salvador, Bahia.

5.3. COLETA DE DADOS

As informações foram obtidas por meio de entrevistas utilizando um questionário semi-estruturado (APÊNDICE A). As entrevistas tiveram modalidade aberta e fechada, ou seja, com questões e sequência definidas, porém com liberdade para as respostas, incluindo contextualização das temáticas por parte dos participantes. Por isso, foi utilizado um questionário sociodemográfico e um roteiro que guiou a entrevista, no apêndice.

De acordo com o contexto epidemiológico do período de coleta de dados, as entrevistas puderam ser realizadas presencial ou virtualmente. Assim, após o convite para a participação da entrevista e a confirmação do estudante, foi enviado o Termo do Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B) por e-mail previamente para leitura, incluindo explicação acerca da pesquisa, com os objetivos e a importância da participação do sujeito.

As entrevistas presenciais foram realizadas na cidade de Salvador – Bahia, em uma sala reservada, somente com o/a participante e pesquisadoras, no campus da faculdade de preferência dos estudantes, no qual garantiu-se a privacidade ao estudante e uma boa gravação da entrevista, além do sigilo dos dados.

Já as entrevistas virtuais foram realizadas através da plataforma do Zoom. O convite com o link e o horário da entrevista foi previamente combinado com a/o participante, e o email foi enviado individualmente para cada destinatário. O tempo de duração da entrevista variou de acordo com o seu andamento, com uma estimativa de tempo pré-definido de 1 hora. Com o intuito de facilitar o registro, análise e precisão das informações, elas foram gravadas com uso de um gravador. Foram realizadas 6 entrevistas, a ordem das entrevistas seguiu a disponibilidade dos participantes, sem nenhum critério definido.

Para a seleção dos participantes, foi considerada a distribuição do semestre e a paridade de gênero. Além disso, foi utilizado o método de amostragem chamado de “bola

de neve”, sendo uma forma de amostra não probabilística que utiliza cadeias de referência. Ou seja:

“A execução da amostragem em bola de neve se constrói da seguinte maneira: para o pontapé inicial, lança-se mão de documentos e/ou informantes-chaves, nomeados como sementes, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, dentro da população geral (...) e assim as sementes ajudam o pesquisador a iniciar seus contatos e a tatear o grupo a ser pesquisado. Em seguida, solicita-se que as pessoas indicadas pelas sementes indiquem novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente e, dessa forma, o quadro de amostragem pode crescer a cada entrevista, caso seja do interesse do pesquisador.” (VINUTO, 2014, p. 203.)

Dessa forma, os primeiros participantes (sementes) foram selecionados a partir da rede de contatos das pesquisadoras, respeitando aos critérios de inclusão. Assim, é perceptível que esse foi um meio útil para pesquisar grupos com questões mais delicadas e de âmbito privado, que requer conhecimento das pessoas pertencentes ao grupo ou reconhecidas por estas para localizar informantes para estudo. ²⁴

Ademais, durante a entrevista, existia o risco de mobilização dos participantes, por isso, caso fosse necessário existia a possibilidade do acolhimento psicológico por uma profissional da psicologia - a orientadora da pesquisa.

5.4. ANÁLISE DE CONTEÚDO

As gravações foram escutadas e transcritas integralmente, feita leitura e análise. O método escolhido foi análise de conteúdo. Assim, uma primeira leitura do material registrado foi realizada, observando quais os pontos que despertam maior atenção, iniciando um processo de apreensão dos dados. Em seguida, as principais frases e ideias trazidas durante as entrevistas que estabeleceram relação com à temática do estudo foram destacadas.

Sobre essa perspectiva da análise de conteúdo, Minayo observa que:

“Os pesquisadores que buscam a compreensão dos significados no contexto da fala, em geral, negam e criticam a análise de frequências das falas e palavras como critério de objetividade e cientificidade e tentam

ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem, para atingir, mediante inferência, uma interpretação mais profunda.” (MINAYO, 2006, p.307).

É com esse prisma que o presente trabalho buscou seguir, sendo importante o traçado de paralelos entre as falas e relatos das entrevistas, elencando semelhanças e diferenças, através da leitura repetida dos textos da transcrição. Portanto, gradativamente, as informações foram selecionadas e delineadas.²²

5.5. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e, no seu desenvolvimento e análise, sendo observadas orientações e recomendações éticas para pesquisas no Brasil. Assim, obteve-se a aprovação pelo CEP através da submissão na Plataforma Brasil, após a emissão do terceiro parecer, cujo número do CAAE foi 55380121.6.0000.5544.

A entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – presencial ou virtual - após a confirmação e preenchimento dos participantes, possibilitou que os estudantes recebessem todos os esclarecimentos necessários, com orientações e contatos dos pesquisadores, para que assim existisse o acompanhamento e a assistência aos participantes.

6. RESULTADOS

Entre os participantes da pesquisa, três eram do gênero feminino e três do masculino, com idades entre 21 e 25 anos; todos alunos do curso de Medicina da EBMS, três do oitavo semestre, dois do sexto semestre e um do sétimo semestre; todos de classe social média; todos de raça/cor branca; cinco heterossexuais e um bissexual, cinco sem religião e um evangélico, como descrito no quadro abaixo

Quadro 1 - Perfil dos estudantes entrevistados. Salvador, 2022.

| ESTUDANTE | IDADE | GÊNERO | RAÇA/COR | ORIENTAÇÃO SEXUAL | RELIGIÃO | RENDA | SEMESTRALIDADE |
|-----------|---------|-----------|----------|-------------------|------------|-------------------|----------------|
| E01 | 23 anos | Masculino | Branca | Bissexual | Não possui | Classe média alta | 8º semestre |

| | | | | | | | |
|-----|---------|-----------|--------|---------------------------|------------|-------------------|-------------|
| E02 | 22 anos | Feminino | Branca | Heterossexual | Não possui | Classe média | 6º semestre |
| E03 | 23 anos | Feminino | Branca | Heterossexual/demissexual | Não possui | Classe média/alta | 8º semestre |
| E04 | 21 anos | Masculino | Branca | Heterossexual | Evangélico | Classe média | 6º semestre |
| E05 | 21 anos | Masculino | Branca | Heterossexual | Católico | Classe média/alta | 7º semestre |
| E06 | 25 anos | Feminino | Branca | Heterossexual | Não possui | Classe média | 8º semestre |

A partir da análise dos dados coletados uma questão nos chamou a atenção, a necessária e urgente discussão sobre a identidade racial do branco, principalmente no processo de cuidado. Para apresentação dos dados, foram estabelecidas quatro categorias, e suas respectivas subcategorias, sendo: Experiências em torno da saúde da população negra (Abordagem da saúde da população negra na faculdade; Visão sobre a desigualdade racial no acesso à saúde e A desconhecida PNSIPN); O preenchimento do critério raça/cor durante atendimentos; Alternativas para redução de desigualdades raciais no acesso à saúde e Conhecimentos sobre a identificação com a cor branca (O olhar do privilégio e O silêncio da branquitude).

Na categoria das “Experiências em torno da saúde da população negra”, os entrevistados abordaram temáticas que foram divididas em três subcategorias: “Abordagem da saúde da população negra na faculdade”, “Visão sobre a desigualdade racial no acesso à saúde” e “A desconhecida PNSIPN”, todas considerando as experiências curriculares e extracurriculares que envolvem essa discussão durante o processo formativo do curso.

Já a categoria das “O preenchimento do critério raça/cor durante atendimentos”, foi essencial para analisar a percepção dos estudantes em torno desse questionamento da anamnese, e quais as aplicações dessas informações ao serem preenchidas. Por fim, a categoria “Alternativas para redução de desigualdades raciais no acesso à saúde” incluiu ideias dos participantes para possíveis melhorias do sistema de saúde,

pensando em caminhos mais conscientes e que busquem o antirracismo como prática.

Além disso, a categoria de “Conhecimentos sobre a identificação com a cor branca”, dividida em subcategorias: “O olhar do privilégio” e “O silêncio da branquitude”, possibilitou explorar se existe consciência acerca dessa autodeclaração, e quais os processos reflexivos envolvidos, caso existam. Todas essas categorias e suas respectivas unidades de registro estão reunidas integralmente no quadro no Apêndice C, em anexo.

Quadro 2 - Categorias e suas respectivas subcategorias e unidades de registro das entrevistas do projeto. Mai/jun, 2022, Salvador, Bahia.

| CATEGORIA | SUBCATEGORIA | UNIDADES DE REGISTRO |
|---|---|--|
| Experiências em torno da saúde da população negra | Abordagem da saúde da população negra na faculdade | Questões que buscaram evidenciar a presença da temática no ambiente acadêmico |
| | Visão sobre a desigualdade racial no acesso à saúde | Questões que buscaram evidenciar o pensamento dos estudantes sobre o acesso à saúde no Brasil |
| | A desconhecida PNSIPN | Questões que buscaram retratar qual o contato dos participantes com a PNSIPN. |
| O preenchimento do critério raça/cor durante atendimentos | - | Questões que buscaram identificar a consciência dos estudantes sobre o preenchimento desses dados. |
| Alternativas para redução de desigualdades raciais no acesso à saúde | - | Questões que buscaram identificar o que os participantes visualizam para mitigar a desigualdade racial em saúde. |
| Conhecimentos sobre a identificação com a cor branca | O olhar do privilégio | Questões que buscaram evidenciar a consciência sobre a identidade racial dos estudantes |
| | O silêncio da branquitude | Questões que buscaram identificar a consciência do lugar ocupado no dia a dia |

7. DISCUSSÃO

Através da organização dos resultados obtidos com a análise dos dados das entrevistas, emergiram diversas questões a serem ricamente discutidas em torno da percepção dos estudantes de Medicina autodeclarados brancos acerca da saúde da população negra. Dessa maneira, os participantes procurados e indicados, de acordo com a metodologia proposta, mostraram-se abertos para conversar sobre a temática.

Por isso, a realização das entrevistas foi um processo interessante, visto que foi possível conhecer diferentes perspectivas, diferentes vivências e partilhas relacionadas a uma mesma questão. Porém, poder ver as pessoas e realmente escutá-las, intervindo apenas com novas perguntas foi desafiador. A escuta ativa e a imparcialidade, nessa situação, ainda que necessária, foi uma etapa complicada, sendo possível estabelecer contrapontos significativos durante a discussão.

Além disso, observou-se, no comportamento corporal e na fala dos estudantes, durante a maioria das entrevistas, a presença de um desconforto, períodos mais longos de silêncio e dificuldades de expressão durante às respostas. Esses aspectos foram avaliados durante as entrevistas e registrados em um diário de campo, além de serem ainda mais evidenciados durante a transcrição das gravações. A possibilidade de captar as pausas, o tom de voz, as risadas nervosas, a tensão e o desconforto de alguns participantes, ao serem estimulados acerca da reflexão sobre sua própria identidade racial, foi um tanto quanto angustiante, porém visivelmente necessária.

Nesse sentido, verifica-se a importância do presente trabalho, pois propor aos estudantes de medicina autodeclarados brancos a reflexão em torno da questão racial e suas repercussões na saúde possibilita a esse grupo a visita a diversas temáticas relevantes, além de possibilitar a análise do discurso da branquitude, a qual pouco se manifesta acerca dessa temática.

Assim, as falas dos participantes e os elementos do diário de campo possibilitaram a produção de uma discussão baseada nas categorias temáticas, as quais são apresentadas mais detalhadamente abaixo.

7.1. EXPERIÊNCIAS EM TORNO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Nessa categoria, o objetivo foi explorar o conhecimento dos participantes em torno da saúde da população negra de uma forma geral, com sentenças relacionadas à abordagem acadêmica, a desigualdade racial no acesso à saúde e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Tais sentenças foram reunidas em 3 subcategorias, as quais serão mais exploradas a seguir:

7.1.1. Abordagem da saúde da população negra na faculdade

*[...] abram a cabeça e o coração
para conhecer o que está além das fronteiras do aceitável
para pensar e repensar,
para criar novas visões,
celebro um ensino que permita as transgressões [...]
É esse movimento que transforma
a educação
na prática da liberdade.
(bell hooks)*

No Brasil, a educação médica possui o compromisso de formar profissionais de saúde que minimamente busquem assegurar os princípios do SUS, auxiliando no processo de garantia ao direito à atenção integral à saúde, aos cuidados assistenciais, a prevenção e a promoção da saúde. Por isso, nesse contexto acadêmico, é urgente levantar discussões e estudos acerca das políticas públicas implementadas para populações vulnerabilizadas, visando a saúde como um elemento universal e equânime.

Em seu livro *Ensinando a transgredir*, a teórica feminista, bell hooks, defende a educação como prática de liberdade, entendendo-a como um jeito de ensinar em que qualquer um pode aprender, afirmando que fazer da sala de aula um contexto seguro e democrático, onde todos sintam a responsabilidade de contribuir para o processo formativo, é o principal objetivo da pedagogia transformadora.²⁵ Dessa forma, levando em consideração esse pensamento, fica evidente que durante a formação acadêmica de profissionais de saúde, é fundamental a discussão em torno das mais diversas temáticas, o que inclui a saúde da população negra e suas especificidades.

Por essa razão, o cuidado em saúde é construído pelos profissionais desde seu processo formativo, no entanto, para realizar a pesquisa mostrou-se relevante questionar

aos alunos sobre a formação em medicina e a existência de disciplinas ou contextos que contemplam essa temática. Nesse contexto, observou-se que a maioria dos participantes traz respostas semelhantes, pois como os estudantes são da mesma faculdade, e todos a partir do 4º semestre, nota-se que a maioria deles menciona a presença dessas discussões nas matérias de Saúde Coletiva e Saúde da Família.

E01: [...] em Saúde Coletiva no 2º semestre, principalmente por ter a referência, acredito, de uma professora negra mediando. Porque em outros semestres falando sobre Saúde Coletiva I, e III não trouxe tanto. Em Saúde da Família retomou bastante, a gente discutia algumas especificidades da saúde integral, sobre anemia falciforme pela prevalência, falava sobre algumas outras especificidades [...]

E02: Apenas de forma superficial, eu diria. Assim, em Saúde da Família a gente estudou sobre anemia falciforme e estudou sobre esse recorte do racismo. E em patologia também, quando a gente estudou anemia falciforme o professor também mencionou. Mas assim, só isso. [...]

E04: [...] as disciplinas de Saúde Coletiva e Saúde da Família a gente também conversou sobre isso. E nada muito específico, mas em outras matérias, às vezes, a gente vê esse tópico, não diretamente, mas por exemplo, nas matérias de clínica a gente pega um caso de anemia falciforme, aí os professores sempre frisam que é uma doença mais prevalente na população negra [...]

Por isso, percebe-se que apesar de existirem os espaços em que se introduz a questão das demandas em saúde da população negra, infelizmente, ainda há um padrão de superficialidade, com à menção apenas da anemia falciforme como doença mais prevalente nessa população por 3 dos entrevistados. Diante disso, resumir o abismo criado pelo racismo a uma única doença não é compatível com a realidade dessa população. Por isso, mostra-se também significativo trazer que além da doença falciforme, a população enfrenta muitas outras iniquidades.

Ainda que o papel do racismo na determinação das condições de vida e saúde seja reconhecido, é importante identificar, também, a existência de determinantes associados, ou seja, outros fatores os quais atuam concomitantemente, aprofundando ou reduzindo seu impacto sobre pessoas e grupos. Dessa maneira, o patriarcalismo, a opressão de classe e os outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de raças, de etnias, de classes e de sexo, gerando opressões (CRENSHAW, 2002).

Sendo assim, o racismo expõe reflexos na saúde dessa população desde o acesso, até a incidência de diversas outras doenças - doenças crônicas como hipertensão

arterial, diabetes, neoplasias, doenças respiratórias e cardíacas, doenças infecciosas e parasitárias – além de maiores taxas de mortalidade materno-infantil, repercussões na saúde mental, pois existem impactos psicológicos significativos, condição nutricional, saúde bucal e até mesmo o processo de envelhecimento da população negra.²⁶

7.1.2. Visão sobre a desigualdade racial no acesso à saúde

*A felicidade do branco é plena,
a felicidade do negro é quase.*

(Emicida)

A desigualdade racial mostra-se presente nos mais diversos setores, inclusive no campo da saúde brasileira, e nesse contexto, é relevante destacar que apesar da população negra corresponder à maioria de usuários SUS, não resulta em cuidados melhores ou de maior acesso aos serviços em comparação à população branca.²⁷ Tal constatação explica-se com a existência do racismo institucional enraizado nos serviços de saúde, demonstrando uma falha coletiva de promover cuidados equânimes para a população negra.²⁸

Essa realidade afeta diretamente a população negra em diversos níveis, pois desde APS ao nível quaternário, observam-se discrepâncias, tanto no número de consultas do pré-natal até mesmo na doação de órgãos para transplantes, ambos serviços do SUS, porém muito mais disponibilizados para a população branca.²⁸ O que pode ser evidenciado por dados:

[...] entre as mulheres negras, 67,4% completaram sete consultas de pré-natal, em comparação com 71,6% das mulheres brancas, em pesquisa realizada com dados de 2012. Ainda sobre o acompanhamento pré-natal, considerando dados do serviço público e privado, de atenção primária e secundária, a discrepância no número de consultas se mantém: 79,8% das mulheres brancas tiveram 6 consultas ou mais, contra 69,9% das mulheres pardas e 67,1% das pretas. No nível quaternário, vê-se que a população negra é a que menos recebe doações de órgãos para transplante, serviço que apenas o SUS oferece no país. (Borret RH, Silva MF, Jatobá LR, Vieira RC, Oliveira DOPS., 2020)

Ademais, em 2018, em dados do Ministério da Saúde, avaliando óbitos por suicídio nos anos de 2012 e 2016, evidenciou-se aumento dessas taxas entre jovens pretos e pardos. Logo, essas iniquidades demonstram que o racismo institucional repercute

nas mais profundas camadas de demandas da população negra, uma vez que até mesmo a saúde psíquica é atingida. ²⁸

Nesse contexto, é inegável afirmar que além das dificuldades de acesso à saúde para a população negra, há também a má qualidade dos atendimentos, associado aos diversos desdobramentos do racismo. Conseqüentemente, a ausência de conhecimento e reflexão colabora com a reprodução e manutenção dos mecanismos racistas.

26

Sob esse prisma, durante as entrevistas, buscou-se também compreender a visão dos estudantes em relação à existência das desigualdades raciais no acesso a saúde:

[...] a principal é com relação à vulnerabilidade socioeconômica. A questão de que normalmente a população negra tem uma renda menor do que a população branca, um nível de escolaridade menor também, então isso acaba sendo uma barreira. A população branca tem mais acesso à serviços particulares e a população negra tem mais acesso à saúde pública que a gente sabe que tem seus desafios por questões políticas. [...] (E02)

[...] é porque são coisas muito complexas, na verdade, você tem o racismo institucional e você tem a desigualdade de renda e você percebe claramente a diferença em percentuais, nos estudos, nas pesquisas, de quem tem mais dinheiro atualmente. [...] (E03)

[...] É porque a gente observa que muitas vezes brancos estão inseridos num contexto socioeconômico mais favorecido então, é, muitas vezes não depende só do sistema público de saúde, podem usar mas também podem ir pro sistema particular. [...] (E04)

A partir da análise das falas, percebe-se que a maioria dos estudantes, estabeleceu uma relação de causalidade direta entre a desigualdade racial e a vulnerabilidade socioeconômica, como essa última sendo a justificativa para que essas diferenças entre brancos e negros existam durante o processo de cuidado.

Em contrapartida, sabe-se que esse contexto desigual e racista está intrinsecamente relacionado às raízes do racismo estrutural, com um passado histórico lamentável marcado por exploração, dor e genocídios. Portanto, reduzir esse sofrimento e a negação desses direitos somente às rendas desiguais, é limitar a visão acerca do passado e do presente. ²⁹

Essa perspectiva ilusória de que no Brasil é possível chegar em um nível de harmonia e igualdade entre povos, dialoga bastante com a ideia propagada por Gilberto Freyre, em seu livro *Casa Grande e Senzala*. Nessa obra, segundo Lélia Gonzalez, fundadora do Movimento Negro Unificado, o autor discorreu sobre uma suposta democracia

racial existente no Brasil, um mito no qual até hoje leva os brasileiros a acreditarem que o racismo inexistiu devido ao processo de miscigenação.³⁰

E de fato, infelizmente, fica explícito como há a manutenção desse mito, pois a realização das entrevistas e essas respostas destacadas acima denunciam que existe facilidade em responsabilizar outras causas para essa desigualdade no acesso, fugindo dos debates dos processos históricos que geraram, mantêm e reproduzem iniquidades.

Dessa maneira, é possível que essa associação entre raça e classe seja uma forma de isentar a população branca por todas as iniquidades, retirando a responsabilidade de reparação histórica e não assumindo um compromisso de participação com a sociedade pela luta efetiva contra o racismo. Isso porque além da questão socioeconômica e histórica, existe a manutenção da existência do racismo, através do silêncio pactuado pelos brancos, em torno dessa discussão, cujo objetivo é justamente a permanência dos privilégios pertencentes à branquitude, o que permeia, inclusive, o acesso à saúde.²⁹

7.1.3. A desconhecida PNSIPN

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi instituída visando combater o racismo institucionalizado na área da saúde, bem como reduzir as desigualdades étnico-raciais na prestação dos serviços do SUS.¹⁰ Ou seja, é de suma importância que os profissionais de saúde estejam realmente em contato com a PNSIPN, uma vez que ela aponta expressamente a desvantagem a qual a população negra – ênfase para a mulher negra - é exposta ainda hoje quando relata os altos índices de óbitos precoces, as elevadas taxas de mortalidade materna e infantil e a prevalência de doenças crônicas e infecciosas diagnosticadas neste grupo de pessoas.²⁸

Por isso, faz-se importante lembrar que foi um longo período de luta e de mobilização por parte dos movimentos sociais, em especial o Movimento Negro, quando em 2006, o Ministério da Saúde reconheceu o conceito de racismo e em 2009, foi instituída a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), cuja marca é:

O reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais e condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde”. Portanto, para contribuir para um sistema que preza pela integralidade e longitudinalidade do cuidado, todo profissional da área têm grande responsabilidade e deve conhecer a PNSIPN, buscando contribuir para o combate ao racismo e às iniquidades. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Nesse contexto, com a realização das entrevistas e a construção do presente trabalho, verificou-se, de fato, um significativo desconhecimento em torno da PNSIPN, pois há falta de contato dos estudantes com a temática. Assim, quando questionados se conheciam a PNSIPN, dos 6 entrevistados, apenas 1 afirmou já ter lido o documento. O que pode ser evidenciado nos trechos abaixo:

E01: Olha vou ser sincero que eu não tive contato diretamente com a política.

E03: Eu sei um pouco. Mas mais uma vez por questões extracurriculares, porque (...) a gente fez um simpósio especificamente, não sobre a política, mas sobre a saúde dessa população (...)

E04: Esse nome não me é estranho, mas eu realmente não conheço.

E05: Não. Nem sabia, pra falar a verdade. Nem tinha conhecimento.

E06: Muito pouco. Eu já ouvir falar, mas saber tudo não sei. Nunca vi.

Dessa maneira, infere-se o quanto a PNSIPN é pouco conhecida e difundida, e como seria interessante que estudantes, futuros profissionais de saúde, a conhecessem. Em contrapartida, observa-se que não há sua inserção no processo de formação acadêmica, haja vista que existem participantes do sexto ao oitavo semestres do curso de Medicina que nunca tiveram contato ou até mesmo não ouviram menções à PNSIPN. Essa realidade revela a permanência das raízes do racismo institucional, refletindo diretamente na formação de profissionais de saúde e no tratamento da população negra que tem direito à saúde com integralidade. ²

Somado a isso, ainda há um agravante, ficou perceptível que não existe uma busca e estudo ativo por parte dos discentes, pois em diversos momentos durante as entrevistas, existiram falas que responsabilizam essa falta de contato apenas à faculdade:

E1: A gente na faculdade não tem diretamente falado a política, citam certas coisas e não conheço... com profundidade, as especificidades da política.

E2: Eu conheço a política (...) já li a política por conta de atividade extracurricular, tipo, associada à faculdade, mas não da grade curricular.

A partir dessas colocações, é possível refletir que há, novamente, passividade no processo formativo de medicina dos participantes, pois os alunos concentram como fonte de conhecimento apenas a instituição na qual estudam. Certamente, o papel da faculdade é inquestionável, no entanto, essa passividade concentra-se na abordagem de assuntos pontuais. Conseqüentemente, nota-se que não assumem como compromisso a promoção de uma política pública, a qual seria essencial para saber lidar com diversas situações, pois através dela o cuidado da população negra abrangeria especificidades, correspondendo ao princípio da equidade o qual deve ser garantido pelo SUS. -

7.2. O PREENCHIMENTO DO CRITÉRIO RAÇA/COR DURANTE ATENDIMENTOS

*mas hoje, serei mais que um diagnóstico
 porque apesar de toda maldade do mundo
 coisas bonitas continuam acontecendo
 sem o nosso controle
 que hoje eu seja uma delas
 minha voz é um estrondo
 e vale a pena ser ouvida [...]
 hoje eu não vou pra lista
 de pretos que se foram
 essa lista que todo mundo cita
 que hoje eu reconheça
 até na fraqueza
 um motivo para revolução
 hoje serei minha própria cura
 [...] hoje estou viva
 hoje estou viva*

(Ryane Leão)

O preenchimento do quesito raça/cor está intrinsecamente relacionado ao contexto escravocrata brasileiro, cuja forma de levantamento de dados associados a esses requisitos guardam, em sua gênese, as marcas de segregação e de condução das informações levantadas, a partir dos interesses políticos e econômicos do país em cada momento de sua história.²⁶ Por isso, a defasagem dos dados relacionados ao quesito

em foco e a falta de compreensão de sua importância, por parte dos profissionais de saúde, demonstram a perpetuação dessa dinâmica, cujas marcas se arrastam até os dias de hoje.

Porém, a carência de informações acerca do quesito racial em estudos - os quais subsidiam a construção das políticas de estado no Brasil – impossibilitava a proposição de intervenções específicas para os grupos étnicos. Por essa razão, a área da saúde, levando em consideração a existência de iniquidades raciais e do novo modo de produzir cuidado em saúde pautado pelo arcabouço legal do SUS, levou o movimento negro a reivindicar a criação de estratégias para monitorar a saúde da população negra no início da década de 1990.²⁶

Em 1996, a obrigatoriedade de informações relativas à raça/cor foi exigida para nascidos vivos e óbitos no Sistema de Informação em Saúde (SIS).²⁸ No entanto, apenas em 2017 a Portaria nº344 foi estabelecida, a qual dispõe sobre a obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça cor em todos os formulários dos sistemas de informação em saúde.³¹ Assim, a obrigatoriedade de informações relativas à raça/cor em todas as pesquisas e instrumentos de saúde brasileiros foi determinada, de forma a agregar traços culturais, demográficos e epidemiológicos em pesquisas com seres humanos.²⁶

Assim, essa medida consta como diretriz na PNSIPN, objetivando aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito raça/cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS.¹⁰ Dessa forma, com a obtenção desses dados, indica-se a vulnerabilidade do grupo social do paciente, relacionando-o aos agravos e determinantes sociais que impactam em seu cotidiano e sua perspectiva de vida, com as inúmeras repercussões sociais, psicológicas e econômicas causadas pelo racismo estrutural que atravessa essa população.

No entanto, apesar de ser perceptível o quanto é fundamental o preenchimento do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde, a fim de obter dados que contribuirão para uma oferta de serviços adequada às necessidades de cada população, esses registros não acontecem de forma efetiva.²⁶ Além disso, muitos profissionais de saúde não compreendem a importância e as diversas informações que esse critério carrega consigo, como pode ser evidenciado nas falas da maioria estudantes entrevistados:

E04: Eu acho que é importante sim. Justamente por esse background genético que pode ter uma prevalência diferente de algumas doenças. Então isso pode impactar na saúde da pessoa.

E05: Acho que é importante. Porque tem doenças que são mais prevalentes em negro. Ah, sim, a gente abordou anemia falciforme, por exemplo, que é mais comum em negro, então tem alguma prevalência de algumas doenças que a gente deve considerar também, ter conhecimento.

E06: (...) Importante porque epidemiologicamente existem diferenças, no impacto da doença, no que traz aquela doença, no que vem antes da doença (...)

Através das falas desses estudantes, apesar de apontarem como importante o preenchimento, fica explícito que existe uma centralização da doença e do diagnóstico como o único agravo no que tange às especificidades da saúde da população negra e a inclusão desses dados durante a consulta, sem levar em consideração que existem muitos outros fatores que podem ser explorados com o registro da identificação racial de um indivíduo.

As informações relacionadas à raça/saúde são fundamentais para auxiliar na compreensão da situação de saúde da população e o planejamento estratégico em saúde, com foco étnico-racial. Ou seja, é primordial para o fortalecimento das práticas de saúde baseadas em evidências, pois é preciso produzir conhecimento científico para pensar em novas ações - inclui políticas públicas e a participação social - que auxiliem no enfrentamento dos diversos desafios ainda existentes. ²⁹

7.3. ALTERNATIVAS PARA REDUÇÃO DE DESIGUALDADES RACIAIS NO ACESSO À SAÚDE

*[...]Que mais fazer deste corpo calado?
Que mais fazer deste golpe violento na cara?
Como sanar, na ferida, o sangue? [...]*

(Lívia Natália)

É imprescindível pensar em alternativas para reduzir as desigualdades raciais em todos os contextos do tecido social brasileiro, no entanto, no presente trabalho o foco - do processo de reparação histórica e da garantia de direitos da população negra - concentra-se principalmente no campo da saúde. Além do que já foi explicitado

amplamente acerca do processo formativo dos profissionais na categoria temática “Abordagem da saúde da população negra na faculdade”, existem diversas outras formas de luta antirracista que podem permear a área da saúde.

Diante desse cenário repleto de possibilidades de mudança, observa-se que a Medicina de Família e Comunidade (MFC), com sua Atenção Primária à Saúde (APS), pode ser um potencial agente de combate ao racismo estrutural presente na sociedade e do racismo institucional na saúde. Dentre os atributos essenciais da APS, a presença da integralidade, a qual garante que cada usuário seja considerado em toda sua complexidade, especificidade e contexto social, facilita a garantia do princípio da equidade do SUS na maneira de ofertar os serviços de saúde e na compreensão dos processos de subjetivação e socialização de pessoas negras.²⁹

Dessa forma, uma coordenação do cuidado pautada na PNSIPN possibilita que o profissional de saúde tenha a responsabilidade de orientar os usuários, prevenir, acolher, combater e alertá-los sobre o racismo institucional em outros níveis do sistema e, caso identifique alguma situação, auxiliá-lo no processo de denúncia, buscando a construção de um sistema de saúde cada vez menos racista e mais inclusivo.¹⁰

Portanto, todos esses atributos derivados da APS relacionados à orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural, quando executados com uma perspectiva marcadamente racializada, contribuem significativamente para a construção de um cuidado em saúde verdadeiramente mais próximo da equidade e do antirracismo.²⁹ Além disso, o estímulo à cidadania, autonomia e autocuidado, a presença dos conhecimentos acerca da PNSIPN, – como discorrido na categoria “A desconhecida PNSIPN” - a compreensão dos diferentes tipos de racismo, e o desenvolvimento do letramento racial são elementos essenciais para a prática em saúde.

Nessa atmosfera, mostra-se relevante detalhar o conceito de letramento racial, aspecto muito importante para a luta antirracista efetiva, o qual foi criado por France Winddance Twine, autora afro-francesa e traduzido em uma tese de doutorado, intitulada Entre o “encardido”, o “branco” e o “branquíssimo”: raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana, pela psicóloga Lia Vainer Schucman⁸.

O termo se refere a um conjunto de práticas que envolve cinco fundamentos: o reconhecimento da branquitude e dos privilégios que ela confere à população branca; o entendimento de que o racismo é um problema atual e não uma

parte da história do país já superada; a compreensão de raça como uma construção socialmente aprendida e reproduzida; a necessidade de tomar posse de um vocabulário racial, utilizando a palavra negro e preto quando couber e evitando de usá-las em expressões negativas como "mercado negro", "a coisa tá preta" ou "denegrir" e, por último, a capacidade de interpretar códigos e práticas de maneira racializada, evitando camuflar situações de racismo como bullying ou mal-entendidos. (Borret RH, Silva MF, Jatobá LR, Vieira RC, Oliveira DOPS., 2020)

No entanto, para transformar efetivamente os espaços é mandatório pensar em políticas afirmativas na gestão da saúde e assumir firmemente o compromisso de buscar o combate do racismo institucional. Durante esse processo, vê-se como alternativa responsabilizar e sensibilizar profissionais e estudantes acerca do seu respectivo protagonismo em seus próprios processos de ensino e construção do conhecimento.²⁹

Em contrapartida, durante as entrevistas, a maioria dos estudantes mediante a pergunta: "Você acha que existem formas de reduzir essas desigualdades? Quais?" tiveram como resposta um discurso, mais uma vez, carregadamente passivo:

E01: [...] Falando assim, primeiro da formação, é a gente incluir as discussões, trazer a política de forma ativa mesmo, trazer a política dentro da sala de aula, a gente abrir, ver realmente quais são as especificidades. E também trazer profissionais qualificados, professores que tenham a informação... [...]

E02: [...] Pensando na atuação dos profissionais, eu acredito que começaria na própria graduação, né. [...] De tipo assim, ser uma responsabilidade dos cursos, das universidades, das faculdades de abordarem o tema de forma adequada. [...]

E04: [...] Eu acho que como estudante, é um pouco difícil pra gente tomar medidas que vão ser imediatamente efetivas, mas o fato da faculdade tentar inserir a gente nessas discussões, [...] acho que são maneiras que a gente pode, de pouquinho em pouquinho, fazer a diferença.

E05: A partir dessas políticas né, mas que elas sejam realmente abarcadas pelos políticos, pelo legislativo, criando leis pra ter esse, por exemplo, medicina, abordar mais saúde da população negra, também campanhas que tentem envolver a população negra... [...]

E06:[...] E eu acho que o nosso papel como estudantes de Medicina talvez sermos mais instruídos, entender um pouquinho mais sobre essa política, por exemplo, que eu nunca li, detalhadamente. A gente conversou e sabe que

existe porque falaram: 'existe.' Mas a gente nunca estudou ela assim, na faculdade. [...]

A predominância dessa passividade durante as entrevistas comprova o quanto há um vazio reflexivo em torno do racismo e das suas implicações por parte da branquitude. Isso porque torna-se muito mais confortável permanecer no lugar no qual eles ocupam, e, dessa forma, repassar a responsabilidade e a culpa para as instituições e para o governo os quais também não são isentos.

Todavia, cabe ressaltar que esse processo de luta e desconstrução não é uma função de responsabilidade única. Para que essa mudança aconteça e alternativas sejam pensadas será necessário de fato que a população branca, o que inclui os profissionais de saúde, assumam um compromisso ético político em relação ao processo da busca ativa de informações. Por essa razão, é essencial implicar docentes, discentes e gestores nessa luta, com o intuito de alcançar um sistema de saúde efetivamente equânime.²⁹

7.4. CONHECIMENTOS SOBRE A IDENTIFICAÇÃO COM A COR BRANCA

*[...] a cor da falta
a cor da ausência [...]
a cor inexistente e tão presente*

(Zuarte Júnior)

Essa categoria temática dialogou diretamente com o tópico da revisão de literatura intitulado “Noções acerca da branquitude” pois a reflexão sobre a identificação racial dos entrevistados brancos ilustrou os estudos e conceitos trazidos por Lia Vainer e Maria Aparecida Bento. De forma sutil, em diversas falas dos estudantes, ficou evidente que, de fato, a branquitude corresponde aos sujeitos que ocupam posições e lugares sociais de privilégio, sem reflexões profundas acerca dos seus processos de racialização. Por isso, duas subcategorias emergiram desse estudo e são mais des-trinchadas a seguir.

7.4.1. O olhar do privilégio

*Tem quem analisa,
tem quem banaliza,
quem passa no visa,
quem faz a divisa,*

*quem fica de cima
e não vê*

(Baiana System)

Ao longo da história, até o contexto atual, os brancos utilizam da sua identidade racial como a norma e o padrão, internalizando na sociedade o status de supremacia branca, em um lugar de “sujeito universal” . Assim, como contemplado por Lia Vainer ⁸:

É preciso pensar que os parâmetros citados como características da identidade racial branca produzem significado, sentidos e formas de agir e de se movimentar no mundo diferentes em cada sujeito, ao passo que cada sujeito percebe de forma diferente cada um desses aspectos, cada sujeito se torna branco e exerce o poder da branquitude de uma maneira, entrecruzando sempre outros aspectos relacionados a classe, gênero, história de vida [...] (SCHUCMAN, L. p. 74. 2020)

Por essa razão, mediante ao processo de dominação da branquitude - tão enraizado e sutil - é perceptível que pensar acerca dessa temática em um contexto de saúde é essencial pois o comprometimento do SUS com o combate às iniquidades e com a garantia do direito à saúde torna a luta antirracista uma necessidade urgente. Assim, ao disparar a questão “O que é ser branco pra você?” diversos participantes trouxeram o privilégio como resposta:

E01: Difícil (risos). Acho que não passa né, pela cabeça pensar. Sei da questão dos privilégios realmente, mas acho que no dia a dia isso se perde, justamente pela questão dos privilégios, né.

E02: Meu Deus... Vou ter que pensar. (Silêncio por alguns segundos). Assim, a primeira resposta que me vem é ser privilegiada. [...] Eu sei que por ser branca eu sou privilegiada de várias formas, enfim, desde tipo tratamento na rua a, enfim, outras questões sociais, afetivas, é isso, acho que seria isso.

E05: [...] Pra mim não significa muita coisa, mas eu sei o privilégio que eu tenho de não sofrer preconceito, [...], nesse aspecto da cor. Mas no geral, eu fiquei em choque com essa pergunta ainda, mas é basicamente isso, não sei falar mais.

E06: Na verdade, pergunta difícil, né? Pra mim ser branca me traz talvez mais possibilidades, sendo branca. Me faz dormir mais tranquila... porque eu vou precisar lutar muito menos. Me faz ser mais elogiada. [...] Então isso é ser branca pra mim... eu recebo o elogio [...]

Ao realizar a análise das falas, verifica-se que a ideia de Lia Vainer em torno do branco se enxergando como “sujeito universal” é confirmada. Logo, as respostas rasas denunciam a ausência de autorreflexão sobre a identidade racial por parte dos

participantes, uma vez que, para eles, ao falar de raça, falamos sobre “outros”, sobre aqueles que não estão dentro da suposta “norma” da branquitude.

Ademais, através dessas afirmações, é notório que existe um padrão de respostas voltados para a identificação de uma raça/cor cujo maior “fardo” é o privilégio. Isso se deve pois, quem é branco e ocupa esse lugar, o reconhecimento de que a sua identidade racial está ancorada nessas vantagens raciais provoca um desconforto, um “estresse racial”. Uma vez que a branquitude não é habitualmente submetida a esses “estresses” quando isso acontece, emerge a chamada fragilidade branca.³²

Esse conceito, criado por Robin Diangelo nada mais é do que um estado em que mesmo uma quantidade mínima de estresse racial se torna intolerável, desencadeando uma série de movimentos defensivos. Por conseguinte, esses movimentos são realizados na busca do conforto racial ao qual a branquitude está acostumada, ou seja, buscando justificar o lugar de suposta “dor”, em que o branco é o ferido, o culpado. Justamente por isso, opta – destaque que ele tem essa escolha – pela manutenção do silêncio.³²

Além disso, houve uma fala que mereceu destaque, pois destoou de todos os outros participantes. Enquanto todos trouxeram um discurso voltado para o lugar de privilégio ocupado pelo branco, esse participante expressou que para ele, ser branco significava “uma etnia”. Logo, analisando essa afirmação, nota-se que houve um certo equívoco conceitual, pois segundo o professor Kabengele Munanga¹²:

O conteúdo da raça é morfo-biológico e o da etnia é sócio-cultural, histórico e psicológico. Um conjunto populacional dito raça “branca”, “negra” e “amarela”, pode conter em seu seio diversas etnias. Uma etnia é um conjunto de indivíduos que, histórica ou mitologicamente, têm um ancestral comum; têm uma língua em comum, uma mesma religião ou cosmovisão; uma mesma cultura e moram geograficamente num mesmo território. (MUNANGA, 2003)

Mostra-se também relevante destacar que existe um diálogo interseccional entre raça, gênero e classe, como afirmado por Carla Akotirene²⁰, pois, no caso desse participante, seu perfil é definido por homem, cisgênero, heterossexual, classe média alta - ou seja, cuja experiência, historicamente, não enfrenta lugares de opressão - o que pode ter contribuído para o surgimento dessa colocação reduzida de crítica e reflexão racial.

Além da colocação errônea do conceito, é possível que outras características do perfil do entrevistado – homem, cisgênero, heterossexual, classe média alta - tenham favorecido para o surgimento dessa colocação, extremamente reduzido de crítica e reflexão racial.

7.4.2. O silêncio da branquitude

*não tolerar mais o silêncio
 não tolerar a ocupação até da ausência
 arrancar pela raiz
 afinal foram milhares de vidas
 litros de sangue que alcançaram o chão
 interromper o apogeu
 dessa infeliz rega
 abortar o crescimento
 da alva raiz amarga
 e racista
 a qual só morre
 ao preencher o espaço
 ocupado pelo silêncio
 não mais com o som da voz que sangra
 todos os dias apenas
 mas também com a voz
 de quem faz sangrar
 assim, urge, agora
 que falem.
 fala, branco.
 talvez assim
 em algum momento
 saiam brotos
 nutridos
 sob a luz
 do antirracismo.*

(Júlia Mayumi Seido Brito)

Segundo a filósofa feminista Djamila Ribeiro³³ :

O silêncio secular de muitos(as) brancos e brancas faz com que a caminhada seja ainda mais árdua. Em alguns casos, este silêncio é acompanhado da crença de que a luta antirracista deve ser protagonizada somente por pessoas negras. Há uma grande dificuldade de diferenciar representatividade e lugar de fala nas lutas sociais. Portanto, é imprescindível compreender que todos os indivíduos possuem lugar de fala frente às lutas sociais (RIBEIRO, 2017).

Realmente, enquanto o racismo não gerar sentimentos de desconforto interno nas pessoas brancas, continuará o processo de perpetuação de privilégios em silêncio,

confirmando o conceito de Maria Aparecida Bento do chamado pacto narcísico. Nesse conceito, existem alianças inconscientes e intergrupais feitas pela população branca, caracterizadas pela negação do problema racial, pelo silêncio, pela interdição de negros em espaço de poder, pelo permanente esforço de exclusão moral, afetiva, econômica e política do negro no universo social, ou seja, um pacto a favor da manutenção das estruturas racistas.⁷

Ironicamente, durante a escrita desse tópico, a leitura das respostas e do diário de campo, é possível estabelecer uma relação direta com o silêncio que existe em torno dessa temática, como nos conceitos já discutidos anteriormente, do pacto narcísico, mas também, do silêncio literal que aconteceu naquele momento, ao disparar a pergunta: “No seu dia a dia, você se lembra que é branco/branca?”:

E01: [O participante silenciou por alguns segundos e balançou a cabeça em negação]

E02: (Silêncio por alguns segundos) ... Acho que não. Acho que não tanto quanto eu lembraria se eu fosse negra.

E04: Acho que não.

E06: Não. Não preciso.

A análise dessas respostas nos dá informações importantes. Um dos participantes sequer consegue responder com linguagem verbal, apenas negando com o movimento da cabeça sobre se recordar da sua identidade racial durante seus dias. Ou seja, essa situação escancara o real silêncio do branco. Ademais, a maioria nega fazer esse processo reflexivo. Sendo assim, esse lugar de conforto de simplesmente não precisar exercitar uma reflexão em torno da sua própria identidade racial denuncia, mais uma vez, a construção de uma hierarquia pautada no critério racial que beneficia a branquitude.

No entanto, é evidente também, através das entrevistas, que a branquitude tem a dificuldade de se enxergar como “raça”, e principalmente, de se ver no lugar de opressor racial, por isso, amenizar a figura dos que cometem atos racistas é uma estratégia usual. Assim, ao fazer isso, afastam todos que estão na mesma posição ou são fenotipicamente como ele, evidenciando, desse modo, o pacto narcísico.⁷ Portanto, é preciso, como nos alerta Lia Schucman “[...] que a branquitude, como lugar de

normatividade e poder, se transforme em identidades étnico-raciais brancas onde o racismo não seja o pilar de sua sustentação” . (SCHUCMAN, 2014, p. 96).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escrita desse trabalho me ensinou muito. Ler, aprender e buscar estudos sobre a branquitude demonstraram o quanto é importante compreender acerca de identidades raciais, visitar escritos invisibilizados - e como isso pode interferir no campo da saúde. Através da elaboração desse trabalho, chego até um cenário de caos, repleto de desigualdade racial, privilégios e indiferença, por isso, mostra-se urgente combater a presença do racismo, principalmente como futura profissional de saúde.

Ademais, tornou-se perceptível que essa discussão também foi significativa para os estudantes, pois muitos afirmaram que nunca haviam iniciado o processo de reflexão sobre sua própria identidade racial e as repercussões disso. É importante destacar também que os diversos incômodos e as dificuldades durante a entrevista, demonstram o quanto é raro que esse tipo de questionamento exista para essa população.

Diante disso, assim como pensar nas vulnerabilidades enfrentadas pela população negra - associando essa dura realidade ao acesso à saúde brasileira - é relevante, conclui-se que é fundamental também pensar sobre o lugar de privilégio ocupado pela branquitude na formação no curso superior de medicina e posteriormente nos atendimentos médicos. Para exercer a cidadania brasileira e lutar efetivamente pela defesa do SUS, não podemos nos calar. É preciso romper o pacto narcísico. Por isso, afirmo: o silêncio não é uma opção para o antirracismo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil M da S. Seminário Nacional de Saúde da População Negra: Caderno de Textos Básicos. 2004;117. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_nacional_saude_pop_negra.pdf
2. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saude e Soc. 2016;25(3):535–49.
3. Matos CC de SA, Tourinho FSV. Saúde da População Negra: percepção de residentes e preceptores de Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Família e Comunidade. 2018;13(40):1–12.
4. Silva, Antônio; Etkin, Guillermo; Nascimento, Lucigleide; Chateaubriand L. Panorama socioeconômico da população negra da Bahia. Supt Estud Econômicos e sociais da Bahia. 2020;17:2–9.
5. (IBGE), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística B. Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. Estud e Pesqui Informações Demográficas e Socioeconômicas [Internet]. 2019;41:1–12. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html%0AEstudos>
6. Borret RH, Araujo DHS de, Belford PS, Oliveira DOPS de, Vieira RC, Teixeira DS. Reflexões para uma Prática em Saúde Antirracista. Rev Bras Educ Med. 2020;44(suppl 1).
7. Carone, Iray e Bento MA da S. Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Rio de Janeiro; 2002.
8. Schucman LV. Entre o encardido, o branco e o branquíssimo: branquitude, hierarquia e poder na cidade de São Paulo. São Paulo; 2014.
9. Jesus CM de. Branquitude X Branquidade: Uma Análise Conceitual Do Ser Branco. III Ebe Cult - Encontro Baiano Estud em Cult [Internet]. 2012; Available from: <http://www3.ufrb.edu.br/ebecult/wp-content/uploads/2012/05/Branquitude-x-branquidade-uma-ana-Ãlise-conceitual-do-ser-branco-.pdf>

10. Brasil. M da S. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. In 2013. p. 35.
11. Gonçalves MM. Raça e saúde: concepções, antíteses e antinomia na atenção básica TT - Not available. 2017;199. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-07022018-122142/>
12. Munanga K. Palestra proferida no 3º Seminário Nacional Relações Raciais e Educação-PENESB-RJ, 05/11/03. *Biologia (Bratisl)*. 2003;(3).
13. David E de C. Saúde mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil. 2018;
14. Guimarães ASA. Combatendo o racismo: Brasil, África do Sul e Estados Unidos. *Rev Bras Ciências Sociais*. 1999;14(39):103–15.
15. Batista WM. A inferiorização dos negros a partir do racismo estrutural. *Rev Direito e Práxis*. 2018;9(4):2581–9.
16. Fanon F. Pele negra, máscaras brancas. *Pele Negra Máscaras Brancas*. 2008. 121–158 p.
17. Cardoso L. O retrato do branco racista e anti-racista. 2010;46–76.
18. Maria Lúcia da Silva; Marcio Farias; Maria Cristina Ocariz; Augusto Stiel Neto (orgs.). *Violência e Sociedade: O racismo como estruturante da sociedade e da subjetividade do povo brasileiro*. São Paulo; 2018. 288 p.
19. Costa S de J. SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: Reflexões da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*. Universidade Federal de Ouro Preto Instituto de Ciências Sociais Aplicadas; 2019.
20. Akotirene C. Interseccionalidade. *Feminismos*. Carneiro S, editor. São Paulo: Editora Jandaíra; 2019. 152 p.
21. Caregnato RCA. Manual de Pesquisa qualitativa. *Rev SOBECC*. 2017;1–2.
22. Minayo MC de S (org); SFDRG. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 26.ed. Vozes, editor. Vol. 17, Serviço Social & Realidade. Petrópolis, Rio de Janeiro; 2008.

23. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento. 11ed. São Paulo: Husitec; 2008.
24. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa. *Tematicas*. 2014;22(44):203–20.
25. bell hooks. Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade. São Paulo; 2013.
26. Francisco B, Secretário X. Raça e saúde: múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil [recurso eletrônico]. Natal; 2021. 274 p.
27. Saúde S de. II DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA DO MUNICÍPIO DE SALVADOR. In 2015.
28. Carolina Pedrosa Massaro A, Borges Silva J. A Desigualdade Étnico-Racial No Acesso À Saúde Reprodutiva Da Mulher No Brasil. *Rev Jurídica Luso-Brasileira*. 2020;6:217–34.
29. Borret RH, Silva MF da, Jatobá LR, Vieira RC, Oliveira DOPS de. “A sua consulta tem cor?” Incorporando o debate racial na Medicina de Família e Comunidade. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2020;15(42):2255.
30. Gonzalez L. Por um feminismo afro-latino-americano. Lima O de: FR e M, editor. Rio de Janeiro; 2020.
31. Edmilson Bezerra do Nascimento Júnior. NASCIMENTO, COR E RAÇA. 2020;21(1):1–9.
32. Maria J, Carvalho R De, Daniela K, Honorato G. Branquitude e Racismo Antinegro no BBB 21 : uma análise crítica do discurso da reprodução do pacto narcísico e da fragilidade branca. 2022;176–97.
33. Ribeiro D. O que é lugar de fala? (Feminismo. elo Horizonte: Letramento; 2017. 112 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DA ENTREVISTA

PERFIL DO ENTREVISTADO

Nome;

Idade;

Raça/cor;

Gênero;

Orientação sexual;

Religião;

Renda;

Semestralidade do curso

PERGUNTAS

O que te fez escolher medicina?

Você considera que sua formação tem te preparado para atender as demandas da população?

Durante o curso de Medicina, alguma disciplina já abordou a Saúde da População Negra? Qual e como foi?

O que você sabe sobre a PNSIPN? Como foi esse contato? Se sim, qual foi o contexto? Como foi a experiência?

O que você acha sobre o preenchimento do critério raça/cor durante os atendimentos? Por quê?

Você acredita que brancos e negros têm demandas diversas ou semelhantes de saúde?

Você acredita que brancos e negros possuem igual acesso à saúde? Se a resposta for não. A que se deve essas diferenças?

Se a resposta for não, você acha que existem formas de reduzir essas desigualdades? Quais?

A maioria dos médicos são brancos, o que você pensa sobre isso?

O que você pensa sobre o racismo?

No seu dia a dia, você se lembra que é branco/branca?

O que é ser branco pra você?

Você já refletiu/pensou sobre isso? Sobre sua cor? Como foi?

O que você entende por raça?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ENCONTRO VIRTUAL

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: “Raça e saúde: a percepção de estudantes de medicina autodeclarados brancos sobre a saúde da população negra”. O estudo será realizado através de uma entrevista semi-estruturada gravada sob responsabilidade de Júlia Mayumi Seido Brito, estudante de medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), sob a orientação da Professora Patrícia Gabriele Chaves dos Santos, docente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Nesta pesquisa, pretendemos compreender a percepção de estudantes auto-declarados brancos do curso de Medicina de Salvador – Bahia, matriculados na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), através de entrevistas com questionamentos acerca das práticas de cuidado em saúde ofertadas à população negra, explorando, por exemplo, o conhecimento dos estudantes acerca das políticas, dos determinantes sociais em saúde e das práticas antirracistas durante a formação.

A depender do contexto epidemiológico, o encontro será realizado através de plataformas digitais, como ZOOM.US ou Google Meet. Ao aceitar participar da pesquisa, você receberá um e-mail para a definição da data e hora e endereço da sala virtual para realização da entrevista, de acordo com a sua agenda e a da pesquisadora. Após a coleta dos dados, realizaremos uma transcrição da entrevista, que estará gravada, seguida de uma categorização e análise das respostas.

Durante todo o período do estudo, o(a) Sr(a) tem o direito de sanar quaisquer dúvidas ou solicitar qualquer outro esclarecimento, basta entrar em contato com as pesquisadoras, através dos contatos telefônicos e endereço, abaixo informado. Além disso, o(a) Sr(a) tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou constrangimento.

Garantimos ao(à) Sr(a), o ressarcimento de possíveis despesas devidas sua participação na pesquisa através das pesquisadoras (assistente e principal) desta pesquisa, ainda que não previstas inicialmente. Além do mais, o(a) Sr(a) poderá também solicitar indenização caso a haja algum dano comprovadamente causado pela pesquisa.

Os dados colhidos são confidenciais, atendendo a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados serão analisados e poderão ser publicados como artigo e/ou resumo científicos. Nada que o(a) identifique aparecerá nas publicações, não havendo prejuízo à tua imagem e confidencialidade.

Por fim, é essencial esclarecer que sempre há riscos envolvidos em toda e qualquer pesquisa com pessoas. Nesse estudo, pode ocorrer vazamento das informações que serão catalogadas e identificação do estudante, constrangimento ou desconforto. Para diminuir o risco de vazamento de dados e identificação do estudante, garantiremos o arquivamento dos documentos num computador pessoal, o qual será protegido por senha e apenas a orientadora e a orientanda da pesquisa terão acesso aos dados compilados. Os dados serão armazenados por um período de 5 anos após coletados e deletados definitivamente após o prazo definido.

Para reduzir a possibilidade de constrangimento ou desconforto durante o processo de coleta, iremos deixar o entrevistado à vontade para responder da forma que achar melhor, sem pressioná-lo, deixando-o o mais confortável possível durante a entrevista. Mesmo assim, caso haja constrangimento ou desconforto, pensando no risco de mobilização emocional/psicológica que poderá ocorrer durante a entrevista, a orientadora, que é psicóloga, garante realizar um acolhimento com a/o participante caso seja necessário, e se percebido uma necessidade de maior cuidado e atenção, poderá ser realizado o encaminhamento para acompanhamento gratuito com outro profissional ou serviço, e caso haja desistência, o trabalho manterá continuidade, buscando outro estudante para realização da entrevista.

Por se tratar de uma pesquisa online, o TCLE estará disponível através de um link, o qual será enviado diretamente para o participante, junto com a mensagem do convite para participar do estudo. Caso tenha interesse em participar da pesquisa, deverá clicar no link, onde terá acesso ao conteúdo do TCLE e, após leitura, confirma, em campo específico, ter lido e aceito os termos contidos nesse documento. A via original deste termo será disponibilizada através do seu e-mail, onde consta o contato

das pesquisadoras, nos quais poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e a participação. Uma das vias será arquivada pela pesquisadora responsável.

Suas dúvidas e esclarecimentos quanto a qualquer aspecto deste estudo poderão ser solicitados em qualquer momento (antes, durante e após o estudo), através dos seguintes contatos:

Pesquisadora Assistente: Júlia Mayumi Seido Brito; tel. (74) 99997-3914; julia-brito19.1@bahiana.edu.br

Pesquisadora Principal (orientadora): Patrícia Gabriele Chaves dos Santos; 71 99189-0553; patriciachaves@bahiana.edu.br

Caso haja dúvidas não esclarecidas pelas pesquisadoras ou denúncia, contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Av. D. João VI, 274 – Brotas – CEP: 40.285-001 – Salvador, Bahia. Tel.: (71)2101-1921, E-mail: cep@bahiana.edu.br

Eu, fui informado (a) dos objetivos e da justificativa da pesquisa de forma clara e detalhada. Também fui garantido pelo pesquisador sigilo que assegure a privacidade dos dados obtidos na pesquisa. Li e compreendi os objetivos do estudo, e em caso de qualquer dúvida, poderei entrar em contato com a equipe do estudo. Fui informado(a) que receberei uma via desse documento.

Declaro que concordo em participar da pesquisa.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
ENCONTRO PRESENCIAL

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: “Raça e saúde: a percepção de estudantes de medicina autodeclarados brancos sobre a saúde da população negra”. O estudo será realizado através de uma entrevista semi-estruturada gravada sob responsabilidade de Júlia Mayumi Seido Brito, estudante de medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), sob a orientação da Professora Patrícia Gabriele Chaves dos Santos, docente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Nesta pesquisa, pretendemos compreender a percepção de estudantes auto-declarados brancos do curso de Medicina de Salvador – Bahia, matriculados na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), através de entrevistas com questionamentos acerca das práticas de cuidado em saúde ofertadas à população negra, explorando, por exemplo, o conhecimento dos estudantes acerca das políticas, dos determinantes sociais em saúde e das práticas antirracistas durante a formação.

O encontro será realizado na cidade de Salvador, Bahia, o local sugerido pelas pesquisadoras será uma sala reservada, em um dos campi da Faculdade, de preferência dos estudantes, para garantir um local seguro para ambas as partes e que também seja reservado, garantindo privacidade ao estudante e uma boa gravação da entrevista, além do sigilo dos dados. Após a coleta dos dados, realizaremos uma transcrição da entrevista, que estará gravada, seguida de uma categorização e análise das respostas.

Durante todo o período do estudo, o(a) Sr(a) tem o direito de sanar quaisquer dúvidas ou solicitar qualquer outro esclarecimento, basta entrar em contato com as pesquisadoras, através dos contatos telefônicos e endereço, abaixo informado.

Além disso, o(a) Sr(a) tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou constrangimento. Garantimos ao(à) Sr(a), o ressarcimento de possíveis despesas devidas sua participação na pesquisa através das pesquisadoras (assistente e principal) desta pesquisa, ainda que não previstas inicialmente. Além do mais, o(a) Sr(a) poderá

também solicitar indenização caso a haja algum dano comprovadamente causado pela pesquisa.

Os dados colhidos são confidenciais, atendendo a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados serão analisados e poderão ser publicados como artigo e/ou resumo científicos. Nada que o(a) identifique aparecerá nas publicações, não havendo prejuízo à tua imagem e confidencialidade.

Por fim, é essencial esclarecer que sempre há riscos envolvidos em toda e qualquer pesquisa com pessoas. Nesse estudo, pode ocorrer vazamento das informações que serão catalogadas e identificação do estudante, constrangimento ou desconforto. Para diminuir o risco de vazamento de dados e identificação do estudante, garantiremos o arquivamento dos documentos num computador pessoal, o qual será protegido por senha e apenas a orientadora e a orientanda da pesquisa terão acesso aos dados compilados. Os dados serão armazenados por um período de 5 anos após coletados e deletados definitivamente após o prazo definido.

Para reduzir a possibilidade de constrangimento ou desconforto durante o processo de coleta, iremos deixar o entrevistado à vontade para responder da forma que achar melhor, sem pressioná-lo, deixando-o o mais confortável possível durante a entrevista. Mesmo assim, caso haja constrangimento ou desconforto, o estudante entrevistado poderá finalizar a entrevista e os dados coletados até o momento poderão ser descartados e não utilizados na pesquisa. Caso essas situações aconteçam, o participante receberá um acolhimento psicológico - a equipe de pesquisadoras conta com uma profissional da psicologia -, e caso haja desistência, o trabalho manterá continuidade, buscando outro estudante para realização da entrevista.

Suas dúvidas e esclarecimentos quanto a qualquer aspecto deste estudo poderão ser solicitados em qualquer momento (antes, durante e após o estudo), através dos seguintes contatos:

Pesquisadora Assistente: Júlia Mayumi Seido Brito; tel. (74) 99997-3914; julia-brito19.1@bahiana.edu.br

Pesquisadora Principal (orientadora): Patrícia Gabriele Chaves dos Santos; 71 99189-0553; patriciachaves@bahiana.edu.br

Caso haja dúvidas não esclarecidas pelas pesquisadoras ou denúncia, contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Av. D. João VI, 274 – Brotas – CEP: 40.285-001 – Salvador, Bahia. Tel.: (71)2101-1921, E-mail: cep@bahiana.edu.br

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos e da justificativa da pesquisa de forma clara e detalhada. Também fui garantido(a) pela pesquisadora sigilo que assegure a privacidade dos dados obtidos na pesquisa. Li e compreendi os objetivos do estudo, todos os procedimentos que serão realizados, e em caso de qualquer dúvida, poderei entrar em contato com a equipe do estudo. Fui informado(a) que receberei uma via desse documento.

Nome do participante

Assinatura do participante

Nome da pesquisadora principal responsável

Assinatura da pesquisadora assistente

____/____/____

Data

APÊNDICE C

Quadro 2 - Categorias e suas respectivas subcategorias e unidades de registro das entrevistas do projeto. Mai/jun, 2022, Salvador, Bahia.

| CATEGORIA | SUBCATEGORIA | UNIDADES DE REGISTRO |
|---|--|---|
| Experiências em torno da saúde da população negra | Abordagem da saúde da população negra na faculdade | <p>E01: [...] em Saúde Coletiva no 2º semestre, principalmente por ter a referência, acredito, de uma professora negra mediando. Porque em outros semestres falando sobre Saúde Coletiva I, e III não trouxe tanto. Em Saúde da Família retomou bastante, a gente discutia algumas especificidades da saúde integral, sobre anemia falciforme pela prevalência, falava sobre algumas outras especificidades, mas era sempre algo mais dentro de um componente específico, era muito difícil como se tivesse alguma forma de encaixar a discussão em algum componente, sabe? E a gente não via em clínica ou até em outra matéria até a referência, tipo, colocar um paciente negro né, a referência lá em cima, na descrição de um caso clínico, algo voltado pra isso, não se trazia, ou quando se trazia de uma forma muito superficial, só o nome.</p> <p>E02: Apenas de forma superficial, eu diria. Assim, em Saúde da Família a gente estudou sobre anemia falciforme e estudou sobre esse recorte do racismo. E em patologia também, quando a gente estudou anemia falciforme o professor também mencionou. Mas assim, só isso. Que eu me lembre. Eu acho que eu me lembraria. [...]</p> <p>E03: Eu acho que em Saúde da família no 4º semestre a gente abordou isso em algumas vertentes falando de doenças negligenciadas, falando de doenças que atingem populações que são negligenciadas de forma geral, e dentro disso, a gente pensa em população negra, principalmente em Salvador. É, eu acho que sim, acho melhor responder que sim, só que talvez menos do que o necessário, dentro do contexto.</p> <p>E04: [...] as disciplinas de Saúde Coletiva e Saúde da Família a gente também conversou sobre isso. E nada muito específico, mas em outras matérias, às vezes, a gente vê esse tópico, não diretamente, mas por exemplo, nas matérias de clínica a gente pega um caso de anemia falciforme, aí os professores sempre frisam que é uma doença mais prevalente na população negra, então assim, de modo indireto, a gente acaba vendo um pouco disso.</p> <p>E05: A saúde da população negra, especificamente, não. Apenas tem alguns pontos assim que a gente aborda, particularidades da população negra, sei lá em anti-hipertensivos, assim, que em negro é mais, mas tem muito pouca coisa, uma coisa que eu sinto falta, e eu já ouvi falar em algumas palestras é por exemplo, lesões de pele em negro, que seria importante aqui em Salvador que grande parte da população é negra e muita lesão de pele que mostra por exemplo em livro a gente não vai ver no negro, e se tivesse esse embasamento antes, a gente abordaria melhor. [...]Na verdade o que teve foi Saúde Coletiva assim a gente ir no quilombo, teve isso, mas não foi assim, foi mais geral, né, não teve uma abordagem pra população negra</p> <p>E06: De forma direta, não. Não pra mim. No Candeal algumas pessoas tiveram contato, mas não de forma direta pra mim. A gente viu um pouquinho em saúde Coletiva, mas não de forma direta, tão específica. Saúde da Família tocou um pouquinho mas muito superficial para a necessidade.</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>Visão sobre a desigualdade racial no acesso à saúde</p> | <p>E01: [...] Primeiro que a população branca tem muito mais acesso ao serviço, então tão mais cobridos, nesse sentido. E a saúde ela é muito branca. Então tudo que foi construído e buscado, os referenciais são brancos. Então até pra gente entender, buscar, estudar alguma coisa, a gente tem que ser muito criterioso, fazer uma peneira muito grande, estudar, ver pessoas que estejam falando sobre isso porque os referenciais são realmente descritores de pessoas brancas. Então acho que tem muita diferença mesmo.</p> <p>E02: [...] Acho que a principal é com relação à vulnerabilidade socioeconômica. A questão de que normalmente a população negra tem uma renda menor do que a população branca, um nível de escolaridade menor também, então isso acaba sendo uma barreira. A população branca tem mais acesso à serviços particulares e a população negra tem mais acesso à saúde pública que a gente sabe que tem seus desafios por questões políticas. E também por conta do racismo institucional mesmo, uma questão que o racismo acaba, enfim, acho que vulnerabilizando ainda mais o acesso. Às vezes a pessoa não acessa por conta do racismo ou então acaba tendo um serviço pior do que deveria ser dado por direito.</p> <p>E03: Tanto pela questão do racismo, é porque são coisas muito complexas, na verdade, você tem o racismo institucional e você tem a desigualdade de renda e você percebe claramente a diferença em percentuais, nos estudos, nas pesquisas, de quem tem mais dinheiro atualmente. Então isso atrapalha o acesso à saúde e no sistema de saúde pública, que teoricamente deveria ser igual para todos, tem uma diferença nesse acesso pela questão do racismo institucional. Eu acho que não é igual.</p> <p>E04: [...] É porque a gente observa que muitas vezes brancos estão inseridos num contexto socioeconômico mais favorecido então, é, muitas vezes não depende só do sistema público de saúde, podem usar mas também podem ir pro sistema particular. E também a questão da vulnerabilidade social que a gente vê grande parte da população negra tá inserida né, porque os determinantes de saúde dificultam o acesso dessa população ao sistema.</p> <p>E05: Assim, se a gente considerar que apesar de ter, po eu não sei como dizer isso. Apesar de ter uma correlação, grande parte da população negra, como de Salvador, por exemplo, tem um nível social abaixo, infelizmente. E aí por isso as vezes ele não tem tanto atendimento ali, também e orientação, e ai acaba que algumas doenças não pode fazer tanto essa prevenção, então acaba que pode chegar a um quadro muito mais avançado, e ai piora, né? Não sei se eu te respondi direito...</p> |
| | <p>A desconhecida PNSIPN</p> | <p>E01: Olha vou ser sincero que eu não tive contato diretamente com a política. A gente na faculdade não tem diretamente falado a política, citam certas coisas e não conheço... com profundidade, as especificidades da política.</p> <p>E02: Eu conheço a política, eu tipo, já li a política por conta de atividade extracurricular, tipo, associada à faculdade, mas não da grade curricular. Então assim, eu sei o geral da política, eu li mais ou menos 1 ano, então as coisas não estão muito frescas, eu sei que a política existe, tenho uma familiaridade, tipo, pequena[...]</p> |

| | | |
|--|----------|--|
| | | <p>E03: Eu sei um pouco. Mas mais uma vez por questões extracurriculares, porque na LAMFAC (Liga Acadêmica de Medicina da Família e Comunidade) a gente fez um simpósio especificamente, não sobre a política, mas sobre a saúde dessa população, então a gente aprofundou um pouco esses conceitos, o entendimento da política e o entendimento da aplicação da política. Mas é isso.</p> <p>E04: Esse nome não me é estranho, mas eu realmente não conheço.</p> <p>E05: Não. Nem sabia, pra falar a verdade. Nem tinha conhecimento.</p> <p>E06: Muito pouco. Eu já ouvir falar, mas saber tudo não sei. Nunca vi.</p> |
| <p>O preenchimento do critério raça/cor durante atendimentos</p> | <p>-</p> | <p>E01: É extremamente importante. Falando um comparativo quando a gente fala sobre orientação sexual. Quando a gente não coloca, não nomeia certas coisas a gente perde informações. Tudo que é notificado passa a ser uma forma de mudança, então se a gente tem registro dessas informações a gente vê que a população negra ela acaba sendo mais vulnerabilizada, se a gente registra isso em relação a certas doenças, em relação aos cuidados, aos descuidados, no caso. Então acho extremamente importante.</p> <p>E02: Acho bastante importante. Acho importante porque a gente precisa desses dados pra gente entender o perfil dessas populações. Porque se a gente não tem informações das pessoas que a gente atende a gente não consegue enfim coletar esses dados e a partir daí que a gente consegue produzir políticas públicas e pensar em ações enfim, específicas voltadas pras demandas dessa população.</p> <p>E03: Acho importante. E eu acho que na maioria das vezes não é feito. Importante por toda aquela questão de estudo de populações. Então, você vê que se algumas doenças, algumas condições são mais prevalentes em uma determinada população, e entender o porquê daquilo, entender se é uma causa biológica ou se é uma causa relacionada ao racismo institucional, por exemplo. E eu acho que não é aplicado pela maioria das pessoas, talvez pelo incomforto de perguntar. Eu já percebi isso dos meus colegas, às vezes. Eu faço sempre, acho que praticamente todo atendimento eu faço, mas eu percebo que algumas pessoas quando vão fazer acho que ficam como se fossem nervosas de perguntar pra pessoa qual cor que ela se identificava.</p> <p>E04: Da autoidentificação, né? Eu acho que o que ficar mais confortável pro paciente. Então, a gente não determinar, sabe? Deixar ele dizer o que ele considera pra ele ficar mais confortável, acho que seja a melhor opção. [...] Eu acho que é importante sim. Justamente por esse background genético que pode ter uma prevalência diferente de algumas doenças. Então isso pode impactar na saúde da pessoa.</p> <p>E05: Acho que é importante. Porque tem doenças que são mais prevalentes em negro. Ah, sim, a gente abordou anemia falciforme, por exemplo, que é mais comum em negro, então tem alguma</p> |

| | | |
|---|----------|--|
| | | <p>prevalência de algumas doenças que a gente deve considerar também, ter conhecimento. Mas é um negócio que é meio difícil as vezes, meio subjetivo pra algumas pessoas, até pela miscigenação e tal.</p> <p>E06: Extremamente importante. Importante porque epidemiologicamente existem diferenças, no impacto da doença, no que traz aquela doença, no que vem antes da doença. Então é muito importante.</p> <p>E01: [O participante silenciou por alguns segundos e balançou a cabeça em negação]</p> <p>E02: (Silêncio por alguns segundos) ... Acho que não. Acho que não tanto quanto eu lembraria se eu fosse negra.</p> <p>E03: Sim, acho que sim. Na maior parte do tempo. Quando eu posso fazer uma coisa que eu sei que se eu fosse uma mulher negra aquela coisa não fosse bem aceita ou não acontecesse simplesmente. Quando eu recebo mais ajuda em alguma situação que sabe, eu acho que tenho essa percepção, hoje em dia, principalmente. Eu acho que é uma coisa que não é o que fica na minha cabeça o tempo todo, mas existem situações que chamam minha atenção. Então eu diria que na maior parte das vezes, sim.</p> <p>E04: Acho que não.</p> <p>E05: Se eu me lembro? Que eu sou branco sim... No dia a dia em geral? Pouco. Pro negro ele deve sentir na pele mesmo um preconceito que eu não sofro.</p> <p>E06: Não. Não preciso.</p> |
| <p>Alternativas para redução de desigualdades raciais no acesso à saúde</p> | <p>-</p> | <p>E01: [...] Falando assim, primeiro da formação, é a gente incluir as discussões, trazer a política de forma ativa mesmo, trazer a política dentro da sala de aula, a gente abrir, ver realmente quais são as especificidades. E também trazer profissionais qualificados, professores que tenham a informação... Muito difícil a gente ver. Pode ser que um professor traga né de forma superficial ou não saiba trazer com profundidade a informação. Ou ter profissionais negros dentro da faculdade, é muito difícil também, né? Que a gente tenha essa possibilidade de ter o contato também. E falando de forma geral é nosso trabalho, como pessoa branca, eu como uma pessoa branca, de estar nesses espaços e cobrar e falar e questionar esses espaços, como uma forma política também, né? A gente está em um momento extremamente difícil então a gente ficar atento a quem a gente está colocando lá em cima, pra que as políticas públicas possam ser utilizadas, criadas, de uma forma assertiva.</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>E02: [...] Existem várias formas, né. Pensando na atuação dos profissionais, eu acredito que começaria na própria graduação, né. [...]E sugestões assim, com relação a atuação dos profissionais, né não só médicos, mas os profissionais de saúde em geral, começa na graduação. De tipo assim, ser uma responsabilidade dos cursos, das universidades, das faculdades de abordarem o tema de forma adequada. Tipo assim, não só de reforçarem a importância do preenchimento do quesito raça/cor, mas também de formar profissionais que estejam sensíveis às iniquidades e os determinantes sociais de forma que eles possam exercer práticas que levem em consideração, enfim, os desafios, enfim... práticas, como é que eu digo, com equidade, tipo, olhar as diferenças, tratar as diferenças pelas diferenças. De saber que existem determinantes sociais que influenciam no processo de adoecimento e no processo de saúde doença para que assim possa ser exercido um cuidado mais atencioso, mais resolutivo, na verdade né, o cuidado que aquela pessoa, enfim, merece. Aí acho que começa por aí né de ter matérias que abordem a saúde da população negra, que falem sobre a política, que discuta sobre quais seriam os desafios, que falem o racismo institucional. Acho que começa por aí né, e de não ser só uma matéria isolada, mas que seja algo realmente incorporado nas discussões de caso, nas discussões de clínica, durante os atendimentos ambulatoriais, durante o internato também, acredito. Enfim, algo que não seja pontual, mas que seja realmente incorporado durante toda a graduação. Talvez começando ali no ciclo básico num recorte de saúde coletiva, falando da política, e depois, que isso seja continuado nas matérias de clínica. Pelo menos eu sinto muita falta disso nas discussões de caso clínico da faculdade, tanto das tutorias, quanto das discussões mais amplas, que a gente tem saúde mental que discute alguns temas interessantes e a gente tem algumas outras matérias, mas até agora não tive contato com essa temática. E durante as discussões, enfim, ao longo do curso. E além disso também, acho que outras soluções já são a nível político, de produzir as políticas públicas e também a nível de pesquisa, produzir informação sobre o assunto, pra que isso possa reordenar, reorientar as políticas. Acho que são os três caminhos que eu imagino.</p> <p>E03: Acho que o entendimento da existência dessa desigualdade já é o primeiro passo. O entendimento dessa desigualdade por todos os profissionais que estão envolvidos no acesso à saúde. Desde a parte de gestão, aos médicos, aos enfermeiros, etc. Eu acho que isso tem um papel transformador, mas às vezes, de uma forma negativa, eu sinto que é algo que não vai mudar tão rápido, tão cedo, apesar dos esforços de muitos, acho que é uma coisa que ainda tem muito caminho pra andar [...]</p> <p>E04: Acredito que a própria estratégia de saúde da família consegue contribuir bastante com isso, né, alcançar, ir até essa população. [...] Eu acho que como estudante, é um pouco difícil pra gente tomar medidas que vão ser imediatamente efetivas, mas o fato da faculdade tentar inserir a gente nessas discussões, ou no próprio CCVP quando a gente vai, e tá lá em Saúde da Família, acho que são maneiras que a gente pode, de pouquinho em pouquinho, fazer a diferença.</p> <p>E05: A partir dessas políticas né, mas que elas sejam realmente abarcadas pelos políticos, pelo legislativo, criando leis pra ter esse, por exemplo, Medicina, abordar mais saúde da população negra, também campanhas que tentem envolver a população negra... Acho que isso.</p> |
|--|---|

| | | |
|---|------------------------------|--|
| | | <p>E06: Primeiro políticas públicas, são muito importantes, eu acho que tinha que ter mais, muito mais. Acesso à informação é uma coisa que falta muito, né, que vem, até conversa com as políticas públicas...a população negra possa entender quais são os direitos que elas tem, pra que elas possam exigir. Muitas vezes é uma questão até do próprio racismo de se manter, essa instituição racismo... é importante eles não saberem os direitos deles, porque aí eles não vão buscar, então eles sabem muito pouco, é uma forma. E eu acho que o nosso papel como estudantes de Medicina talvez sermos mais instruídos, entender um pouquinho mais sobre essa política, por exemplo, que eu nunca li, detalhadamente. A gente conversou e sabe que existe porque falaram: 'existe.' Mas a gente nunca estudou ela assim, na faculdade. E é importante, porque o maior público que a gente vai atender é o público da rede pública, que é, majoritariamente, a população negra. Então a gente deveria saber mais, porque a gente precisa saber o que fazer com a epidemiologia que chega pra gente.</p> |
| <p>Conhecimentos sobre a identificação com a cor branca</p> | <p>O olhar do privilégio</p> | <p>E01: Difícil (risos). Acho que não passa né, pela cabeça pensar. Sei da questão dos privilégios realmente, mas acho que no dia a dia isso se perde, justamente pela questão dos privilégios, né.</p> <p>E02: Meu Deus... Vou ter que pensar. (Silêncio por alguns segundos). Assim, a primeira resposta que me vem é ser privilegiada. Assim, a única coisa que me vem em mente assim agora é isso. Eu sei que por ser branca eu sou privilegiada de várias formas, enfim, desde tipo tratamento na rua a, enfim, outras questões sociais, afetivas, é isso, acho que seria isso.</p> <p>E03: Eu acho que é difícil ter uma resposta curta, nesse sentido, mas acho eu acho que é ter uma responsabilidade, a partir do momento que eu sei que sou branca e a partir do momento que eu entendo qual o papel da branquitude na minha vida e na vida das pessoas ao meu redor, eu acho que acabo tendo uma responsabilidade maior, de consciência, não por ser branca, mas por ser uma pessoa que branca que sabe que é branca e que sabe qual a consequência e o efeito disso na prática. Não vou dizer que é algo ruim ou algo bom, porque é algo que eu não posso mudar, não faria sentido eu pensar dessa forma. Mas eu acho que é algo que me traz consciência e responsabilidade para dentro do que eu puder fazer, no meu melhor, ter práticas antirracistas e poder ajudar as pessoas que não estão na mesma condição que eu. Tanto as pessoas brancas que não entendem o que está acontecendo, tanto as pessoas negras ao meu redor, que eu possa de alguma forma, é, combater o racismo institucional trabalhando, enfim, no meu dia a dia.</p> <p>E04: Pra mim é a etnia.</p> <p>E05: Ra paz, essa pergunta é dura. O que é ser branco pra mim? Vixe maria, aí lascou. É, vixe, tem uma ajuda aí? Pra mim não significa muita coisa, mas eu sei o privilégio que eu tenho de não sofrer preconceito, de entrar num lugar, pra trabalhar, nesse aspecto da cor. Mas no geral, eu fiquei em choque com essa pergunta ainda, mas é basicamente isso, não sei falar mais.</p> <p>E06: Na verdade, pergunta difícil, né? Pra mim ser branca me traz talvez mais possibilidades, sendo branca. Me faz dormir mais tranquila... porque eu vou precisar lutar muito menos. Me faz ser mais</p> |

| | | |
|--|----------------------------------|---|
| | | <p>elogiada. E fazendo um comentário pessoal de algo que eu venho pensando há um tempo: meu cabelo é cacheado, e eu tenho colegas negras, né...que se autointitulam como negras e que tem o cabelo mais crespo. E quando eu tô com elas o meu cabelo é elogiado. Então isso é ser branca pra mim... eu recebo o elogio, elas não. Quem elogia elas são pessoas negras também... e eu venho observando isso, ainda não conversei sobre isso com ninguém, mas eu venho observando que meu cabelo vem sendo muito elogiado, e que ótimo, eu tô adorando os elogios... Mas quando eu tô com elas só o meu é falado... Então isso é ser branca pra mim.</p> |
| | <p>O silêncio da branquitude</p> | <p>E01: [O participante silenciou por alguns segundos e balançou a cabeça em negação]</p> <p>E02: (Silêncio por alguns segundos) ... Acho que não. Acho que não tanto quanto eu lembraria se eu fosse negra.</p> <p>E03: Sim, acho que sim. Na maior parte do tempo. Quando eu posso fazer uma coisa que eu sei que se eu fosse uma mulher negra aquela coisa não fosse bem aceita ou não acontecesse simplesmente. Quando eu recebo mais ajuda em alguma situação que sabe, eu acho que tenho essa percepção, hoje em dia, principalmente. Eu acho que é uma coisa que não é o que fica na minha cabeça o tempo todo, mas existem situações que chamam minha atenção. Então eu diria que na maior parte das vezes, sim.</p> <p>E04: Acho que não.</p> <p>E05: Se eu me lembro? Que eu sou branco sim... No dia a dia em geral? Pouco. Pro negro ele deve sentir na pele mesmo um preconceito que eu não sofro.</p> <p>E06: Não. Não preciso.</p> |