



CURSO DE MEDICINA

VICTÓRIA CORREIA BRANDÃO

**CONHECIMENTOS ANTIRRACISTAS DE INTERNOS DE MEDICINA VOLTADOS
PARA O COMBATE ÀS INIQUIDADES EM SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: “O
PERIGO DE UMA HISTÓRIA ÚNICA”**

SALVADOR - BA

2022

VICTÓRIA CORREIA BRANDÃO

**CONHECIMENTOS ANTIRRACISTAS DE INTERNOS DE MEDICINA VOLTADOS
PARA O COMBATE ÀS INIQUIDADES EM SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: “O
PERIGO DE UMA HISTÓRIA ÚNICA”**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Medicina da Escola Bahiana de Medicina e
Saúde Pública para aprovação parcial do 4º
ano de Medicina.

Orientadora: Dra. Andreia Beatriz Silva dos
Santos

SALVADOR - BA

2022

AGRADECIMENTO

RESUMO

Introdução: Apesar de documentos oficiais no campo da educação médica e da saúde pública voltados para o combate das iniquidades em saúde da população negra já vigorarem no Brasil, dados epidemiológicos apontam lacunas assistenciais com essa minoria social, reflexo - em parte - de uma formação lacunar quanto a transmissão de conhecimentos antirracistas e o possível desenvolvimento de competências capazes de lidar com as reais demandas de saúde da população negra.

Objetivo: O estudo tem por objetivo descrever a aquisição de conhecimentos antirracistas voltados para o combate às iniquidades em saúde da população negra por parte dos internos de medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) em Salvador-BA. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, realizada na EBMSP. Os dados foram coletados por meio de entrevistas

semiestruturadas, através da plataforma digital Zoom.US, com discentes de medicina do 9º ao 12º semestre que aceitaram participar da pesquisa, até uma quantidade suficiente para atingir a saturação dos dados colhidos. As entrevistas foram gravadas, transcritas e os dados obtidos foram submetidos ao método de análise de conteúdo na modalidade temática. **Resultados e discussão:** foram realizadas 6 entrevistas, e

delas, surgiram 5 categorias temáticas, nomeadas: Interseccionalidade; Perfil racial dos(das) pacientes e quesito raça/cor da pele; Conhecimentos acerca da saúde da população negra; Desconhecimentos acerca da PNSIPN e diretrizes curriculares sobre a saúde da população negra; e Impactos do racismo estrutural e do racismo institucional em saúde, sendo que a última categoria possui subcategorias, nomeadas: percepção do racismo por parte dos estudantes; impactos do racismo para a saúde dos(das) pacientes e impactos do racismo para a formação em medicina.

Considerações finais: foi percebido um *feedback* positivo dos discentes, chamando atenção para o interesse em saber mais formas de não reproduzir práticas racistas, além de evidenciar o acesso limitado a conteúdos sobre a população negra até o semestre que haviam cursado, as lacunas formativas provenientes disso e as manifestações racistas que advém desse processo nas instituições de ensino e de assistência à saúde.

Palavras-Chave: População Negra; Racismo; Educação Médica; Estudantes de Medicina;

ABSTRACT

Introduction: Although official documents in the field of medical education and public health aimed at combating inequities in health of the black population are already in progress in Brazil, epidemiological data point to gaps in assistance with this social minority, a reflection - in part - of a lack of training regarding the transmission of anti-racist knowledge and the possible development of skills capable of dealing with the real health demands of the black population. **Aim:** The study aims to describe the acquisition of anti-racist knowledge aimed at combating inequities in the health of the black population by the medical residents of the Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). **Methodology:** It is a research with a qualitative approach, carried out at the EBMSP, located in Salvador-BA. Data were collected through semi-structured interviews, through the Zoom.US digital platform, with medical students from the 9th to the 12th school semester who agreed to participate in the research, up to a sufficient amount to reach saturation of the collected data. The interviews were recorded, transcribed and the obtained data were submitted to the thematic content analysis method. **Results and discussion:** 6 interviews were carried out, and from them, 5 thematic categories emerged, namely: Intersectionality; Racial profile of patients and race/skin color; Knowledge about the health of the black population; Lack of knowledge about the PNSIPN and curriculum guidelines on the health of the black population; and Impacts of structural racism and institutional racism on health, with the last category having subcategories, namely: students' perception of racism; impacts of racism on the health of patients and impacts of racism on medical training. **Final considerations:** a positive feedback from the students was noticed, drawing attention to the interest in knowing more ways to not reproduce racist practices, in addition to highlighting the limited access to content about the black population until the semester they had attended, the training gaps resulting from it and the racist manifestations that arise from this process at teaching and health care institutions.

Keywords: Black Population; Racism; Medical Education; Medical Students;

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	OBJETIVOS	8
2.1	Objetivo Geral	8
2.2	Objetivos Específicos	8
3	REVISÃO DE LITERATURA	9
4	METODOLOGIA	13
4.1	Desenho do Estudo	13
4.2	Local, Duração e Período do Estudo	13
4.3	População do Estudo	13
4.4	Critérios de Elegibilidade	13
4.4.1	Critérios de inclusão	13
4.4.2	Critérios de exclusão	14
4.5	Procedimento e Instrumento para a coleta de dados	14
4.6	Procedimento para análise dos dados	15
4.7	Aspectos Éticos	15
4.7.1	Riscos	16
4.7.2	Benefícios	17
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
	REFERÊNCIAS	42
	APÊNDICE A – Questionário Sociodemográfico	44
	APÊNDICE B – Roteiro da Entrevista	46
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	49
	ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP	53

1. INTRODUÇÃO

A formação de profissionais da medicina que canaliza projetos pedagógicos para o desenvolvimento de competências majoritariamente técnicas de seus graduandos vem se mostrando cada vez mais descolada de uma sociedade que produz novas formas de adoecimento. Nesse sentido, confrontando a visão posta pela medicina hegemônica sobre a cientificidade das pesquisas sociais, o processo de cuidado em saúde não deve se dar apenas por procedimentos técnicos, mas também pela partilha de princípios e pela aceitação da historicidade como uma influenciadora ativa nesse processo ¹.

Dessa maneira, a existência de matrizes curriculares nas graduações dos cursos de medicina que ainda não estão alinhadas com marcos étnicos/raciais ampliadores da diversidade e combatentes de iniquidades em saúde demonstra como as Instituições de Ensino Superior (IES) possuem uma estruturação pedagógica limitada para atender as reais demandas da população brasileira, em especial, da população composta por pretos e pardos, que é mais representativa ².

Nesse sentido, o acesso a conteúdos os quais discutam as populações minoritárias de uma região e suas necessidades em saúde aumentam e tornam mais bem sucedidas a oferta de uma assistência integral ao usuário(a) do serviço. Dessa forma, ao abordar temáticas étnico-raciais durante a formação em saúde, potencializam-se as chances desses discentes adquirirem conhecimentos e desenvolverem competências antirracistas, atuando no combate às iniquidades que incidem nesse grupo tão importante de brasileiros.

A partir da exposição de alguns pontos desse cenário racial hierarquizado e gerador de vulnerabilidades, incita-se uma reflexão sobre as etapas que precedem essa construção iníqua, ou ainda, sobre possíveis intervenções que poderiam ser aplicadas para à formação para atenuar o curso dessa problemática social cronicamente retroalimentada. Baseando-se nessa lógica retrospectiva e nas lacunas de assistência apresentadas com fundamentação epidemiológica, torna-se relevante a realização de pesquisas que abordem essa temática e que, de alguma forma, possam construir práticas em saúde mais alinhadas com os princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade propostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, como versa a escritora nigeriana Chimamanda Adichie, ao se analisar a história de um indivíduo ou de um povo sob uma única ótica, há um grande risco de se criar estereótipos; e o problema dos estereótipos não é que eles sejam necessariamente falsos, mas que eles são incompletos, resumindo a complexidade de pessoas e povos³. Dessa forma, a manutenção da invisibilidade sobre as questões de saúde que assolam e adoecem enormemente a população negra demonstra que a marginalização de povos afro-brasileiros faz parte de uma narrativa que ainda encontra meios políticos e culturais de ser aceita como única.

Além disso, esse estudo pretende contribuir para uma reflexão pertinente sobre a necessidade de implementar ou intensificar estratégias formativas que trabalhem a saúde integral da população negra de modo a transmitir efetivamente conhecimentos antirracistas para esses futuros(as) médicos. Por fim, o presente projeto tem como papel social e de saúde pública, servir como meio para ecoar e, se possível, fortalecer outras histórias- histórias disruptivas de luta e resistência que vem fissurando essa estrutura de privilégios e iniquidades, e assim, fortalecer espaços institucionais e sociais em que os racismos não encontrem formas de perpetuação. Assim, a intenção da pesquisa é tentar sanar a hipótese: internos(as) de medicina que adquirem conhecimentos antirracistas ao longo da sua graduação podem desenvolver competências voltadas para o combate das iniquidades em saúde da população negra?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever a aquisição de conhecimentos antirracistas voltados para o combate às iniquidades em saúde da população negra por parte dos(das) internos de medicina em Salvador-BA.

2.2 Objetivos Específicos

- 2.2.1 Identificar as características sociodemográficas dos(das) internos da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).
- 2.2.2 Verificar o conhecimento dos(das) internos de medicina da EBMSP acerca da existência do racismo e do racismo institucional em saúde, e dos seus impactos para a formação e prática profissional futura.
- 2.2.3 Averiguar o conhecimento sobre a existência da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e/ou de diretrizes curriculares que reconheçam a dimensão étnico-racial como integrante das necessidades individuais de saúde.
- 2.2.4 Conhecer os meios através dos quais esses conhecimentos foram adquiridos durante a graduação.

3. REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com o pensamento do pesquisador Silvio de Almeida, pode-se entender racismo como uma forma sistemática de discriminação fundamentada na raça e manifestada por práticas conscientes ou inconscientes que resultam em desvantagens ou privilégios, a depender do grupo racial ao qual o indivíduo pertença⁴. Seguindo esse raciocínio, e em consonância com a médica Jurema Werneck, vale acrescentar que racismo institucional em saúde é entendido como formas organizativas, políticas, práticas e normas institucionalizadas que se reforçam na geração de tratamentos e desfechos desiguais dentro dos aparelhos formativos de saúde⁵.

Partindo desses conceitos indispensáveis para o escopo do trabalho aqui desenvolvido, é fundamental destacar que as reivindicações da população negra e de movimentos sociais – com destaque ao Movimento de Mulheres negras e do Movimento Negro – por mais acesso ao sistema de saúde, especialmente na segunda metade do século XX, compuseram manifestações importantes para a Reforma Sanitária, em 1986, e a própria criação do SUS em 1988. Apesar dessa contribuição, não houve atenuação significativa das dificuldades enfrentadas pela população negra no acesso aos serviços de saúde⁵.

Em uma pequena retrospectiva histórica dos movimentos e marcos essenciais para a oficialização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em maio de 2009, não podem deixar de ser citadas: a Marcha Nacional Zumbi dos Palmares em 1995 (fundamental para fundação do Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra); a inserção do quesito raça/cor na Declaração de Nascidos Vivos e Óbitos, e inserção da Doença Falciforme nos exames de triagem neonatal em 1996; a publicação dos documentos “A Saúde da População Negra, realizações e perspectivas” (1998) e “Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente” (2001), ambos pelo Ministério da Saúde; a criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (2003); a realização do I e II Seminários Nacionais de Saúde da População Negra (2004 e 2006); a criação de uma vaga para o Movimento Negro no Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2005 (imprescindível para a construção de políticas de pessoas negras para pessoas negras); e, por fim, a aprovação da PNSIPN pelo CNS em 2006,

publicação no Diário Oficial em 2008 e atribuições de responsabilidades entre os entes federativos em 2009 ⁵.

Nesse sentido, somada à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que institui - como uma das Diretrizes Gerais - a inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde ⁶, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do curso de medicina, documento que guia a construção de matrizes curriculares brasileiras, atestam a importância dos egressos se formarem para considerar as necessidades individuais de saúde, incluindo as dimensões da diversidade biológica, entre elas: a subjetiva, a étnico-racial, a de gênero, a orientação sexual e a socioeconômica ⁷.

Avançando nessa reflexão, a Medicina de Família e Comunidade (reconhecida como especialidade médica desde 1981), em um dos seus princípios fundamentais, ensina que a atuação desse(a) especialista deve ser influenciada pela comunidade para a qual a assistência se destina ⁸. Transplantando essa ideia para o processo formativo, o conhecimento do perfil étnico/racial, bem como das especificidades do grupo que mais depende dos serviços públicos de saúde é fundamental para que a assistência, de fato, atenda às necessidades do grupo o qual o cuidado se propõe alcançar.

Dessa maneira, dados revelam que a população brasileira é composta por 56,2% de pessoas negras ⁹ e que, do total de pessoas as quais dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS), 67% delas se autodeclararam pretas ou pardas ⁶. Assim, o combate às iniquidades em saúde, a disseminação de práticas antirracistas e o empenho na redução das taxas de morbimortalidade desse grupo majoritário deveriam ser, no mínimo, proporcionais à demanda. Vale ressaltar que, sendo uma pesquisa desenvolvida na cidade de Salvador – capital do estado em que 80,1% das pessoas se reconhecem como negras e município integrante do único estado brasileiro onde as pessoas autodeclaradas pretas (22,9%) são mais representativas que os indivíduos autodeclarados brancos (18,1%) ¹⁰ - a busca por formas de modificar esse panorama se tornam ainda mais relevantes.

Em um cenário geral da oferta de serviços, pode-se constatar como o racismo se manifesta e viola direitos fundamentais nos diferentes níveis de atenção à saúde. No nível primário, números do Ministério da Saúde (MS) demonstram que, dentro da

população de mulheres, 75,2% receberam orientação sobre sinais de risco na gravidez, sendo que, entre gestantes brancas, essa taxa foi de 80,8%, entre as pardas, de 72,7% e entre pretas, 66,1%⁶. Já no nível secundário, em um levantamento feito pela Pesquisa Nacional em Saúde (PNS) foi observada uma menor realização do exame de mamografia entre mulheres negras sem instrução ou com ensino fundamental incompleto e que possuíam entre 50 e 69 anos¹¹. Por fim, no nível terciário, foi constatado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) que dos brasileiros e brasileiras que receberam um transplante de fígado em 2007, 81% eram pessoas brancas, 18% eram negras e 1% eram amarelas¹². Logo, independente da porta de entrada, da densidade tecnológica ou da equipe que irá ofertar a assistência em saúde, enquanto a incidência de processos socioeconômicos e culturais injustos for minimizada ou desconsiderada, a possibilidade de obter um desfecho desfavorável apenas por ser negro(a) continuará existindo.

Se soma a discussão o fato de a PNSIPN trazer - em seus objetivos - a inclusão das demandas específicas da população preta e parda nos processos de regulação do sistema suplementar de saúde⁶. Dessa forma, é feita uma convocação para que o sistema privado e o contingente profissional por ele absorvido também atuem na construção de um ambiente antirracista, refreando a reprodução de discriminação e violência nos processos de cuidado em saúde.

Como já era anunciado, a Pandemia de Covid-19 revelou e tem revelado como as assimetrias étnico/raciais se potencializam para gerar ainda mais iniquidades em contextos extremos. Nesse sentido, apesar da Portaria Nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, dispor como obrigatório o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde¹³, os oito primeiros Boletins Epidemiológicos Especiais (BEE) da doença pelo Coronavírus Covid-19 do MS não constavam com a desagregação de dados por raça/cor na notificação de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) ou óbitos confirmados por Covid-19. O BEE nº 09, primeiro que apresentou os dados desagregados, demonstrou 49,7% das notificações de SRAG com esse quesito ignorado². Assim, fica estampado que a vigência de inúmeros mecanismos legais não se faz suficiente para traçar um perfil sociodemográfico de risco e adoecimento para essa infecção - passo que deveria ser inicial para a formulação de qualquer prática interventiva eficaz e sinérgica às necessidades da população brasileira.

Apesar de ter nuances e formas de manifestações sociais que lhe são peculiares, o racismo institucional em saúde não é um patrimônio histórico restrito as fronteiras nacionais. Nesse viés, o Center of Disease Control (CDC) verificou um ocultamento de dados referentes ao contágio pelo vírus SARS-CoV-2 e à mortalidade por Covid-19 divididas por raça e etnia nos centros de saúde de algumas regiões dos Estados Unidos, sendo que a publicização dos dados desagregados só começou a ser inteiramente realizada após manifestações públicas de legisladores, médicos e grupos de direitos civis ¹⁴.

Portanto, diante do que foi apresentado, nota-se como a manutenção de preconceitos historicamente reinventados pode reduzir a abrangência da cidadania e da execução dos direitos humanos – com ênfase à saúde. Assim, para que possíveis vieses implícitos racistas carregados por discentes de medicina não operem entre o futuro profissional da assistência e o técnico da sua própria saúde, estudos como esse são propostos, finalizando tornar a formação um instrumento verdadeiramente formativo, não só de técnicas, mas também de competências socioculturais respeitosas e menos carregadas de preconceitos.

4. METODOLOGIA

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, primário e individuado, com uma abordagem qualitativa. No concernente a escolha dessa abordagem, foi intencionado captar um nível de realidade que não consegue ser quantificado, trabalhando com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes imbricados na realidade social ².

4.2 Local, Duração e Período do Estudo

O estudo foi realizado na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Instituição sem fins lucrativos, localizada no bairro de Brotas em Salvador-BA, e está previsto para ocorrer entre janeiro e dezembro de 2022, durando cerca de 12 meses.

4.3 População do Estudo

A população estudada é composta por graduandos de medicina do 9º ao 12º semestre da EBMSP em Salvador-BA, e representa uma amostra de conveniência, em que o tamanho e a seleção amostral foram definidos ao longo de toda coleta de dados e foram dependentes da saturação das informações obtidas. No que se refere ao critério de saturação de dados, a pesquisadora principal previu um montante de entrevistas a serem balizadas em campo, à medida que conseguiu o entendimento das homogeneidades, da diversidade e da intensidade das informações necessárias para o alcance dos objetivos do estudo ¹⁵.

4.4 Critérios de Elegibilidade

4.4.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos estudantes matriculados(as) que estavam cursando medicina no 9º, 10º, 11º ou 12º semestre da EBMSP, com idade igual ou superior a 18 anos e que aceitaram participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.4.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos estudantes que estavam com a matrícula trancada ou que não estavam cursando regularmente o semestre. Além disso, entrevistas interrompidas por quaisquer motivos também foram excluídas e tiveram os dados descartados.

4.5 Procedimento e Instrumento para a coleta de dados

A coleta de dados ocorreu através de uma entrevista semiestruturada individual guiada por roteiro e gravada sob responsabilidade da pesquisadora principal. Esse roteiro compôs indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas, em que as perguntas conduziram uma conversa com finalidade e fizeram parte do delineamento do objeto, como forma de contribuir para emergência de visões, juízos e relevâncias a respeito das relações que compõem o objeto ¹⁵.

A entrevista contemplou seis perguntas fechadas acerca das características sociodemográficas, incluindo idade, sexo biológico, identidade de gênero, orientação sexual, raça/cor e renda mensal (Apêndice A); e perguntas abertas baseadas nos tópicos definidos no Roteiro da Entrevista (Apêndice B). Como as entrevistas semiestruturadas permitem, ao longo do estudo, a introdução de perguntas abertas baseadas nos tópicos das áreas pré-definidas e na revisão de literatura para a hipótese investigativa, mais perguntas foram feitas com objetivo de tornar mais explícito o conhecimento implícito do entrevistador ¹⁶.

O convite para participação da pesquisa foi feito a todos os discentes que estavam cursando medicina no 9º, 10º, 11º e 12º semestres da EBMSP através do e-mail institucional. Nesse convite foi anexado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a constatação da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), além dos objetivos do estudo, o teor das perguntas que foram realizadas, e os riscos e benefícios imbricados na pesquisa.

Passada essa etapa, foi agendado um dia conveniente para os(as) discentes que concordaram em realizar a entrevista, utilizando, para isso, a plataforma Zoom.US. O link do encontro foi enviado por e-mail com 15 minutos de antecedência. O encontro seguiu a ordem do roteiro pré-estabelecido, e, no início da coleta, foram reforçados os

propósitos da pesquisa e os esforços para manter o sigilo e a confidencialidade do material colhido.

4.6 Procedimento para análise de dados

Devido à complexidade interpretativa que emerge das entrevistas por conta da pluralidade de interpretações, e no intuito de preservar a singularidade e originalidade das respostas ¹⁷, os dados foram analisados de acordo com a abordagem conhecida como análise de conteúdo na modalidade temática. Nela, é empreendido um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter - por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens - indicadores que permitam inferir conhecimentos relativos à temática escolhida ¹⁵.

A primeira etapa foi composta por uma pré-análise, em que houve transcrição das gravações, leitura exaustiva dos dados colhidos e organização do conteúdo. A segunda etapa foi voltada para exploração do conteúdo, a partir da categorização das informações colhidas guiada pelo referencial teórico e houve uma interpretação cifrada do material de caráter qualitativo, processo que visa um reagrupamento analógico do conteúdo explorado. Por fim, na terceira etapa foi realizado o tratamento dos resultados, a fim de condensar as informações advindas da análise, sendo realizadas, então, inferências e interpretações dos resultados obtidos ¹⁵.

4.7 Aspectos éticos

Os dados colhidos são confidenciais, atendendo tanto à resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), quanto ao Ofício Circular N°2/2021 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que norteiam pesquisas que envolvam seres humanos e orientam procedimentos em pesquisas que contenham qualquer etapa em ambiente virtual. No que tange a resolução N°466, as entrevistas só foram realizadas mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo que os resultados analisados podem ser publicados como artigo e/ou resumos científicos, não havendo informações que identifiquem os(as) participantes da pesquisa, preservando a imagem e a confidencialidade do discente.

Em relação ao TCLE (Apêndice C), foi explicitado os objetivos da pesquisa, a estruturação do questionário, a plataforma em que a entrevista foi realizada, o tempo estimado para isso, os benefícios e riscos de uma pesquisa envolvendo seres

humanos, o tempo de armazenamento dos dados (5 anos), contatos da orientanda e orientadora (e-mails e telefones), endereço e contato do CEP vinculado à pesquisa, o direito de interromper a pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou necessidade de justificativa quanto a isso, o direito de ressarcimento no caso de danos comprovadamente gerados e o direito de sanar quaisquer dúvidas antes, ao longo e após a realização da entrevista.

De forma a respeitar o contexto pandêmico, esse estudo também esteve de acordo com o Ofício Circular N°2/2021 da CONEP. Para estabelecer contato virtual com os possíveis participantes, não foram utilizadas listas que permitam a identificação dos convidados, nem visualização dos seus dados de contato por terceiros. A anuência através do TCLE foi mantida e esclarecida ao participante antes da realização da entrevista no meio virtual, além de ser enfatizada a importância guardar uma cópia do documento eletrônico em seus arquivos. Por fim, para reduzir os riscos quanto ao uso da plataforma digital, a pesquisadora responsável conhece a política de privacidade da ferramenta utilizada e foi feito um download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro das plataformas virtuais, ambientes compartilhados ou “nuvens” utilizadas.

4.7.1 Riscos

No que diz respeito aos riscos que envolvem qualquer pesquisa, foram empreendidos esforços no sentido de minimizá-los, como: o armazenamento das entrevistas, transcrições e redações do TCC em um computador pessoal protegido por senha, em que apenas a orientadora e a orientanda têm acesso; o armazenamento dos dados por um período de 5 anos da coleta para que, então, sejam deletados definitivamente após o prazo definido; e o fornecimento de informações necessárias antes e ao longo da entrevista para reduzir o constrangimento e desconforto do/da participante durante a coleta de dados, sem que haja qualquer pressão, intimidação ou direcionamento do seu raciocínio. Mesmo diante de todas as precauções, o/a entrevistado pôde interromper a entrevista a qualquer momento, não tendo qualquer penalização quanto a isso e sendo assegurado de que os dados coletados até o momento serão descartados. Somado a isso, foi garantido o ressarcimento de possíveis despesas com a participação na pesquisa, ainda que não previstas inicialmente, e assegurado o

direito de solicitar indenização caso haja algum dano comprovadamente causado pela pesquisa.

4.7.2 Benefícios

Dentre os benefícios da pesquisa, vale destacar o desenvolvimento e engajamento científico ético em prol das demandas da população negra; o incentivo na construção de uma formação médica mais apta a atuar de modo antirracista; a contribuição para um estudo engajado com uma mudança social detentora de menos iniquidades em saúde e a reflexão individual que pôde ser feita nos participantes, reconhecendo e replicando práticas assistenciais mais respeitosas. Assim, é pretendido incentivar a promoção de um cuidado em saúde menos racista e mais alinhados a documentos oficiais já vigentes, como as DCNs, a PNSIPN, o Código de Ética Médica e os princípios doutrinários do SUS.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O “n” inicial de participantes previstos para pesquisa foi de 15 internos(as) de medicina (9° ao 12° semestre) da EBMSp. Contudo, seguindo a análise do conteúdo na modalidade temática e o critério da saturação de dados, a coleta foi prevista para ser interrompida no momento em que fosse notado a saturação dos dados, ou seja, uma homogeneidade das respostas colhidas e o alcance de dados suficientes para o cumprimento dos objetivos do estudo ^{15,17}. Dessa forma, o “n” do estudo contou com 6 entrevistas de estudantes cursando diferentes semestres do internato. As características sociodemográficas dos participantes do estudo estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1- Características Sociodemográficas dos(as) Participantes. Guiado por Apêndice A. Salvador, Bahia, jun. 2022.

Entrevistado (a)	Idade (anos)	Sexo biológico	Identidade de gênero	Orientação sexual	Raça/ Cor da pele	Renda familiar (salários-mínimos)
E1	26	Feminino	Cisgênero	Heterossexual	Parda	6-9
E2	24	Feminino	Cisgênero	Bissexual	Branca	>15
E3	26	Masculino	Cisgênero	Heterossexual	Branco	1-3
E4	25	Masculino	Cisgênero	Homossexual	Pardo	3-6
E5	27	Masculino	Cisgênero	Heterossexual	Preto	3-6
E6	26	Masculino	Cisgênero	Homossexual	Branco	3-6

Todas as categorias temáticas propostas após a realização das entrevistas estão contidas em Unidades de Contexto, que são palavras ou frases que carregam o significado correspondente ao conteúdo organizado, e que auxiliam na compreensão das Unidades de Registros (URs). A partir das respostas dos(as) entrevistados,

emergiram 5 categorias temáticas, as quais estão apresentadas no Quadro 2 e são denominadas: Interseccionalidade; Perfil racial dos(das) pacientes e quesito raça/cor da pele; Conhecimentos acerca da saúde da população negra; Desconhecimentos acerca da PNSIPN e diretrizes curriculares sobre a saúde da população negra e Impactos do racismo estrutural e do racismo institucional em saúde. A categoria “Impactos do racismo estrutural e do racismo institucional em saúde” possui subcategorias, pois foi constatada a necessidade de uma discussão mais aprofundada desse tópico. Os títulos dessas subcategorias são: Percepção do racismo por parte dos estudantes; Impactos do racismo para a saúde dos(das) pacientes e Impactos do racismo para a formação em medicina.

Quadro 2 – Categorias Temáticas e Unidades de Contexto Emergidas das Entrevistas. Guiado por Apêndice B. Salvador, Bahia, jun. 2022.

Categorias Temáticas	Unidades de Contexto
Interseccionalidade	Sentença que discorre sobre a inseparabilidade estrutural e a sobreposição de categorias sociais, como raça/ cor da pele, orientação sexual, identidade de gênero e classe econômica.
Perfil racial dos(das) pacientes e quesito raça/cor da pele	Sentença que discorre sobre o perfil racial da maioria dos(as) pacientes atendidos nas práticas vinculadas ao curso, e sobre o questionamento do item raça/cor da pele durante a anamnese.
Conhecimentos acerca da saúde da população negra	Sentença que discorre sobre o contato com atividades que versavam sobre a saúde da população negra e de que forma esse contato ocorreu.
Desconhecimentos acerca da PNSIPN e diretrizes curriculares sobre a saúde da população negra	Sentença que discorre sobre a falta de conhecimento e leitura dos(as) discentes acerca da PNSIPN e de diretrizes curriculares sobre a saúde da população negra, bem como as suas opiniões acerca da relevância desses documentos.
Impactos do racismo estrutural e do racismo institucional em saúde	Sentença que discorre sobre o entendimento acerca do que seja racismo estrutural e racismo institucional em saúde, bem como os seus impactos para a graduação e para a assistência prestada.

INTERSECCIONALIDADE

A decisão por abordar o racismo como um elemento central desse trabalho se fundamentou na certeza de que, em uma sociedade historicamente arraigada por conceitos prévios infundados – como é o caso da brasileira e, mais específico, da

população baiana –, as pessoas partem de posições sociais diferentes e têm suas trajetórias fortemente impactadas por fatores que em nada tem a ver com seus esforços ou méritos.

A interseccionalidade é uma ferramenta analítica a qual reflete que categorias sociais, como raça, classe econômica, faixa etária, identidade de gênero e orientação sexual, deficiência física, estão inter-relacionadas e podem se sobrepor, ampliando as camadas de privilégio ou de vulnerabilidade de determinados grupos. Dessa forma, as relações interseccionais influenciam nas experiências humanas para o desenvolvimento (ou não) de um olhar mais atento às iniquidades sociais ¹⁸.

Em consonância a isso, diversas falas sobre o perfil dos participantes e suas trajetórias acadêmica e pessoal convergiram com ideia proposta pela interseccionalidade, pois destacavam que, em alguns casos, o fato de se enxergar pertencente a um ou mais dessas categorias sociais, ampliou o olhar do(a) graduando(a) acerca das próprias vivências e do impacto delas para as suas graduações:

No... sexto semestre eu tive que trancar a faculdade **por questões financeiras** e tal... e foi um período **bem difícil** assim... foi bem... foi bem complicado, porque quando você tranca, você muda de turma, então você meio que você não faz mais parte daquele grupo que você já tava e tal, e no meio da faculdade, mas... o que me motivava seguir era saber que eu ia concluir em algum momento... e não importava se era na minha turma antiga, na minha turma nova... e aí eu reingressei, né? E aí continuei o sexto semestre em outra turma... e **foi uma experiência muito boa**, porque, a partir do sexto semestre já é um semestre de mais prática... a turma também foi muito acolhedora, foi muito bom ... eu gostei muito...é... dessa experiência assim de ter trocado, apesar de atrasar né... a formatura. (E1)

É... **Eu cuidava de minha avó**. Então, quem ficava a frente era eu, que eu ficava mais tempo em casa. E aí minha tia... minha tia e minha mãe eram mais secundárias, então eu acabei criando esse hábito de cuidar, com a minha avó. E aí depois de um tempo quando eu nem pensava ainda, eu comecei a participar **aqui na minha comunidade**, sobre... ajudar as criancinhas e tal. Quando elas não podiam ir pra escola, nãñã... aí a gente ajudava elas, ajudava é... a atualizar calendário vacinal e tudo mais. Aí com isso eu fui começando a ver que era pra área da saúde né e aí estudando um pouquinho, vendo um pouquinho de cada área, aí eu achei que me encaixaria melhor dentro da medicina. (E4)

Além das vivências dentro e fora das estruturas acadêmicas, e de alguns discentes se enxergarem como constituintes de grupos sociais específicos, notou-se que algumas falas traziam uma percepção mais elaborada acerca da compreensão de si, das outras pessoas e do seu território. Nesse sentido, trechos das entrevistas apontavam essa ideia de pertencimento não só como elementos importantes para

suas próprias identidades, mas também como isso gerava uma percepção mais complexa acerca das situações:

Eu fazia fisioterapia aí mesmo na bahiana... fiz por... seis semestres...e aí fiz transferência interna para medicina... Primeiro o choque na carga horária né, uma carga horária completamente diferente... Os colegas também que a turma é enorme né, 120 pessoas. Na minha turma de fisioterapia eram 15, 14 pessoas...o restante eu já esperava que iria acontecer, tipo... **já espera que eu poderia ser um dos únicos, um dos poucos negros da... da sala**, é... já esperava coisas desse tipo né, o **racismo estrutural** dentro da sala de aula. (E5)

Eu sou muito **privilegiado de ter tido acesso a essas discussões** pela IFMSA Brasil... e ter aberto minha visão por conta disso... muitas coisas eu acabei refletindo mais e tendo ideias melhores, pois eu tive esses ensinamentos... quando não tem isso, você acaba sendo um propagador... porque eu mesmo, como **homem branco...é muito mais fácil não perceber o dano que posso causar...** é como se eu tivesse que lutar frequentemente com isso, sabe?... você tem que se mover mesmo, porque se não mover as coisas continuam como estão. (E3)

Durante esses dez semestres... eu... além das atividades ligadas à graduação...eu fiz trabalho voluntário na Instituição Beneficente Conceição Macedo, que é uma ONG daqui de Salvador que trabalha com...é...IST's...mais focada em HIV/AIDS e **populações negligenciadas...** e aí entra **população LGBTQIA+, principalmente mulheres travestis e transsexuais, população em situação de rua, jovens em situação de hipossuficiência econômica...** e dentro dessas minhas atividades extracurriculares... a gente acaba **vendo na prática a saúde da população negra na realidade dura que é a realidade soteropolitana...**a gente... trabalhei... no começo da pandemia, a gente fazia muita entrega de marmita para pessoas em situação de rua, e a gente vê a **discrepância social na pele das pessoas atendidas...** e não só nessa situação, mas em várias outras... a gente consegue trazer essa reflexão. (E6)

Um outro ponto a ser discutido dentro da esfera da interseccionalidade, diz respeito a compressão dessas categorias sociais como entidades distintas, ou seja, como condições que não são sinônimas e não compõe apenas uma unidade de fragilização social¹⁸. Nesse viés, enquanto em algumas falas a ideia de classe econômica e raça/etnia, por exemplo, pareciam compor a mesma esfera, em outras, essa diferença foi melhor delimitada:

...então você vê mesmo um serviço que divide as pessoas em pessoas que podem **pagar mais**, e você não pode ignorar que existe um racismo nisso, vai ter um tratamento X ... enquanto outras que não podem, vão ter um tratamento Y... **já é racismo ao meu ver**, pois você não pode ignorar que pessoas que costumam ter menos condições econômica foram marginalizadas por toda essa questão do racismo que temos desde a formação do Brasil, até os dias de hoje... (E2)

...a maioria dos médicos no Brasil são médicos brancos, então são médicos que não enxergam o paciente como semelhante... existe sim... já vi diversas vezes médicos darem menos importância a um paciente **negro pobre...** então acho que sim". (E1)

... a ideia classicista do nosso funcionamento, junto com a ideia do racismo impede que a saúde seja, como o SUS preconiza, um bem universal... então é muito mais difícil que pessoas da periferia e pessoas negras tenham acesso a direitos básicos... (E3)

O destaque dado a esse ponto não é sobre fato de possuir domínio desses estudos ou saber as minúcias dessa ferramenta teórica, mas sim focado em como o entendimento de que uma pessoa pode somar vulnerabilidades e disso impactar na sua saúde e qualidade de vida. Nessa lógica, reconhecer que a cadeia de iniquidades pode ser potencializada quando se trata de uma paciente idosa e lésbica, ou ainda, de um(a) usuário negro e portador de deficiência física, aguça o olhar para uma perspectiva mais ampla do cuidado que será ofertado. Da mesma forma, exercitar a lógica de que um(a) paciente pode ser atravessado(a) por diversos determinantes sociais, mutualmente prejudiciais à manutenção do seu bem-estar, pode tornar a assistência menos embasada em falácias do senso comum.

Assim, a escolha por abordar a interseccionalidade surgiu de falas dos(das) estudantes sobre o reconhecimento do seu lugar no mundo, do lugar das pessoas ao seu redor, e da responsabilidade imbricada nisso; e, principalmente, do questionamento sobre a motivação dessas pessoas em contribuir com uma pesquisa cujo tema central é racismo, ou melhor, antirracismo. Embora não seja objetivo desse trabalho aprofundar essa última cogitação, é inquestionável concluir que, apesar das experiências que impactam as trajetórias de cada um(a) serem essencialmente particulares, não é necessário ter dificuldades ou tensionamentos sociais para desenvolver comportamentos que combatam discriminações, sendo, portanto, uma atitude de responsabilidade cidadã buscar desenvolver um olhar para minorias concretamente marginalizadas e em desvantagens de acessos e direitos.

Logo, no decorrer das entrevistas, e valorizando elementos subjetivos que surgiram de encontros com pessoas complexas e cheias camadas, trazer o perfil sociodemográfico de maneira gráfica e quantitativa se mostrou não ser suficiente para descrever as pessoas por trás de uma graduação ou de uma tela.

PERFIL RACIAL DOS(DAS) PACIENTES E QUESITO RAÇA/COR DA PELE

Tratar da saúde da população negra como foco desse trabalho realizado em Salvador-BA – cidade em que me vejo e que me instiga a lidar com complexidades tais quais as minhas – não foi feita entendendo esse grupo como um recorte minoritário das

pesquisas em saúde, mas como protagonistas de um cuidado assistencial, que há décadas não contempla efetivamente suas demandas. Dessa forma, é importante aprender com a epidemiologia ao defender que as intervenções no campo da saúde devem ser guiadas por processos de saúde e doença associados ao cuidado da coletividade a qual se destina a assistência ¹⁹. Diante disso, o ponto de partida dessa discussão é a constatação de que Salvador é uma cidade negra: habitada majoritariamente por pessoas que se autodeclararam pretas e pardas. Relembrado esse fato, ao serem questionados sobre o perfil racial dos pacientes que mais atenderam nos ambulatórios e hospitais vinculados à graduação, todos os 6 discentes afirmaram que atenderam mais pacientes negros:

Pessoas **negras**... com certeza... muito mais (E2).

Muito mais pessoas negras... 90%... por isso que eu falo que é difícil, porque a gente aprende medicina nos corpos negros... então é difícil falar que eu atendo diferente... porque eu só atendi gente negra, saca? (E3)

Mais pessoas negras... de forma geral... **mais pessoas negras**. (E6)

Rapaz... eu acho que... **mais... pessoas negras**, mais pessoas negras, mais ou menos o que, uns 60% de pessoas negras. (E5)

Apesar desse reconhecimento, diversas falas demonstraram como essa verdade epidemiológica não consegue ser traduzida totalmente em uma formação médica que denote a importância de ver a cor dos(as) pacientes como um dado extremamente importante para registros de informações dos formulários de saúde, além de um traço étnico constituinte das suas identidades. Nessa lógica, foi questionado aos estudantes se eles(as) coletavam o quesito raça-cor durante a anamnese (item dos formulários em saúde que possui preenchimento obrigatório desde 1º de fevereiro de 2017) (5):

Não, não. Não costumo perguntar. (E5)

Não, geralmente não. (E1)

Ambulatório geralmente eu pergunto, **agora no serviço de emergência**, paciente internado em hospital geralmente é uma coisa que eu... geralmente não... **eu não pergunto**. (E4)

Não, **e eu sei que isso é errado**... na primeira consulta você faz... depois você esquece... quando você estagia em um posto de saúde que tem mais tempo, dá para fazer isso... mas, em uma UPA... batendo ficha ali, eu não pergunto... e isso é importante... eu penso que tenho que correr e atender rápido, na minha cabeça penso que tenho que focar na queixa principal e liberar o mais rápido... muito nesse sentido. (E3)

O fato de que, em serviços de emergência, o tempo de coleta de dados ser menor, devido à alta demanda de pacientes e a priorização por tratar condições ameaçadoras da vida, apareceu em algumas falas como justificativa para que não pudesse ser feita

uma anamnese completa e, portanto, dificultasse o questionamento do quesito raça-cor. Contudo, mesmo que no momento inicial a prioridade seja a estabilização clínica, dificilmente esses pacientes são liberados para casa em horas ou dias, fazendo com que exista diversos outros momentos oportunos para que essas informações possam ser colhidas. Somado a isso, mesmo naquelas circunstâncias em os(as) pacientes são transferidos para outros centros de assistência, ainda assim seria possível completar o prontuário com esses dados que demandam alguns minutos para serem preenchidos, caso houvesse interesse e entendimento - por parte das equipes de saúde - da importância de gerar dados desagregados para produção perfis epidemiológicos mais fidedignos.

Avançando nesse ponto, um estudante trouxe um fator que ele julgou ser dificultador do questionamento da raça/cor das pessoas as quais atendia:

... assim é uma coisa **polêmica**, porque muitas vezes as pessoas acabam dando voltas e não respondem e aí isso... eu já consegui ver isso. Eu não estava atendendo, porque às vezes a gente atende com várias pessoas né, e aí... a paciente, ela se declarou, ela falou “ah não, eu sou parda”. **Só que basicamente quando você olha pra ela em relação a cor de pele, ela era negra...** e aí eu consegui perceber que a sala ficou meio... sabe... “ah tá, tudo bem”, não tava fácil simplesmente dizer assim “não beleza, parda”. Não, basicamente a mão já tava coçando, entre aspas né, pra digitar “negra”. (E4)

Esse comentário ilustra bem a percepção de que falar sobre identificação racial é algo tido como “polêmico”, quando - na verdade - o questionamento deveria ser se nós (estudantes) estamos (ou queremos estar) minimamente preparados para abordar esse tema de forma responsável, a partir da apreensão de conceitos básicos, como o fato da população negra ser composta por pessoas pardas e pretas, e que, ao realizarmos esse questionamento, nós podemos orientar sobre as opções de raça/cor dadas pelo IBGE para melhor sistematização dos prontuários. Além disso, é fundamental o entendimento de que a autodeclaração carrega esse prefixo para ressaltar que a escolha por essa identificação é própria e intrasferível, podendo ser guiada pelas opções sugeridas pelo IBGE, mas nunca determinada por outrem ¹³.

Ao longo da graduação um dos exercícios mais importantes é traduzir as queixas dos(as) pacientes em mensagens semiológicas padronizadas que sejam entendidas por outros técnicos de saúde. Dessa forma, do mesmo modo que é ensinado que “falta de ar” significa que um usuário do sistema apresenta dispneia, ou que “inchaço” abre um leque de possibilidades de etiologias para síndromes edemigênicas, deveria ser

ensinado quais raças/ cores de pele compreendem o grupo de pessoas negras, como devemos questionar esse item e como podemos sanar as dúvidas que possam advir dessa pergunta.

É comum ouvirmos respostas que fogem a classificação orientada pelo IBGE para esse quesito (branco, preto, pardo, amarelo e indígena), a exemplo de: “morena”, “cor de jambo” e “cabo-verde”. Diante de situações como essa, bastaria explicar que existe uma preconização de respostas propostas para facilitar a sistematização dessas informações, orientando o paciente a fazer a escolha por algumas das opções, ao invés de assumir que se trata de uma questão “polêmica” ou um assunto sensível demais para ser tratado.

Nesse sentido, ao adotar uma postura como essa, há uma terceirização para o paciente de uma responsabilidade técnica que não é dele(a), mas sim de estudantes e profissionais de saúde. Afinal, quando uma queixa principal vier cheia de jargões ou termos desconhecidos, não nos é orientado a parar de explorar a doença do paciente simplesmente por “não sabermos” traduzir uma informação para termos técnicos da propedêutica médica.

Explorando um pouco mais desse tópico, e entendendo que é mais fácil adotarmos práticas se entendermos a sua importância, logo após questionar aos estudantes se eles(elas) perguntavam a raça/cor dos pacientes, foi questionado qual seria a relevância de perguntar esse item:

Acho que seria mais a **identificação do paciente**... como ele se vê na sociedade... acho que seria isso. (E1)

Uhum, bom, eu acho que primeiro pra você deixar a relação médico-paciente cada vez mais clara e você **não cometer uma gafe**. Então, por exemplo pela cor eu digo que é negra mas a paciente se declara como parda. (E4)

Prevalência... estabelecer a **relação com a epidemiologia** de doenças... a gente aprende quais remédios funcionam melhor na etnia negra, algumas **doenças que são mais prevalentes**... então quando eu pergunto é pensando no que que pode tá afetando e como tratar aquela pessoa a nível de saúde. (E2)

Saber mais ou menos qual a **autodeclaração da pessoa** né, como a pessoa se autodeclara, isso talvez possa ser importante né... a gente estabelecer por exemplo uma... a própria epidemiologia né da... da pessoa, traçar... pelo menos **traços epidemiológicos**, talvez qual o tipo de doença que pode acometer aquela pessoa, saber também os problemas que podem estar por trás da pessoa, **talvez não só problemas é... orgânicos, mas problemas sociais também podem interferir, até naquele problema orgânico da pessoa**. (E5)

Como exemplificado acima, as repostas ilustram diversas perspectivas, sendo que alguns pontos têm maior potencial de contribuir com a construção de competências antirracistas e outros que representam mais barreiras para isso.

Nesse viés, dentro dos pontos que contribuem, vale destacar três aspectos das respostas colhidas: o reconhecimento de como a identificação racial pode ser importante para o paciente, a partir do seu próprio olhar diante dos determinantes sociais que lhe atravessam; a interpretação dessa autodeclaração pelos estudantes, pois isso inclui mais processos de adoecimento nas queixas dos usuários; e de como o item raça/ cor da pele é necessário para publicização de dados racializados, na medida em que, sem o preenchimento desse quesito, fica ainda mais difícil conhecer as demandas específicas de pacientes negros(as) e elaborar de políticas de saúde que reduzam a iniquidade racial ².

Já entre os pontos que servem como obstáculos para o combate do racismo institucional em saúde, vale resgatar a discussão anterior que a ideia de cometer “gafes” ou se referir a uma pessoa negra de maneira “errada” não deveria ser o fim, ou seja, esgotar as possibilidades de contornar esse “desafio”; mas sim, servir como um termômetro de que é preciso estudar mais sobre essa população que representa mais de 80% da população da Bahia. Somado a isso, entender que esse questionamento serve apenas como um elemento positivo para quem se autodeclara, apesar de já ser um avanço para a construção de uma postura técnica mais integral, faz com que o potencial desses dados para a epidemiologia não seja explorado, trazendo menos elementos para solidificação do ato de tornar essa pergunta como parte da rotina médica.

Assim, a aplicação deficiente do quesito raça-cor - esse instrumento objetivo, de fácil execução e preconizado como obrigatório desde 2017-, ilustra bem a fragilidade de uma formação médica nesse aspecto e o despreparo para utilizar ferramentas básicas que fortalecem a interpretação de situações em saúde, práticas de cuidado e códigos sociais de maneira favorável à saúde de pessoas negras ¹³.

CONHECIMENTOS ACERCA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Apesar do racismo que permeia as instituições de saúde ser apenas uma das vertentes dessa forma sistemática de discriminação, e que não é responsabilidade

somente das instituições de ensino combaterem ativamente esse preconceito, muito menos um encargo exclusivo da instituição em que foi feita a coleta de dados desse estudo, entende-se que esses espaços são fundamentais para fomentar uma reflexão crítica e sensibilizar esses(as) médicos em formação acerca de temáticas relevantes para uma assistência menos hierárquica do ponto de vista racial.

Dessa forma, foi solicitado aos entrevistados(as) que eles(elas) fizessem uma explanação breve sobre suas trajetórias acadêmicas, ressaltando – por exemplo- atividades curriculares e extracurriculares, professores e matérias marcantes até o momento da graduação etc.:

Eu fiz a monitoria de técnica operatória e a de semiologia, eu fui da liga acadêmica de cirurgia cardiovascular e a de anatomia clínico cirúrgica, ambas são ligas acadêmicas da UFBA... eu fiz... faço parte ainda de um grupo de pesquisa em cardiologia e intensivismo do hospital Ana Nery... sou bolsista desse grupo... e fiz algumas línguas, curso de francês e inglês durante a formação... acho que nada de muito mais relevante, além disso... fiz alguns trabalhos voluntários esporádicos. (E2)

Acho que a primeira atividade extracurricular que eu fiz dentro da faculdade foi a monitoria de primeiros socorros... me apaixonei muito por um componente do 2º semestre... que é o Candeal, né?... o PIS... e dele eu entrei no programa redes candeal, que é o programa de extensão do projeto... fui matriciador em um grupo de redução de danos... matriciador também de um grupo de tabagismo... e ali me apaixonei pela temática de álcool e outras drogas... fui presidente do diretório acadêmico durante dois anos... foram muitos desafios, principalmente no primeiro ano de pandemia... fiz parte do grupo de pesquisa e extensão em álcool e drogas... e, além disso, fiz trabalho voluntário da Instituição Beneficente Conceição Macedo. (E6)

Eu consegui fazer é... atividades extras né a própria iniciação científica mesmo, uma coisa que a faculdade até estimula um pouco né... é... fiz a monitoria também de técnicas operatórias., é... além de participações né em simpósios, em congressos e tal. E de professor que me marcou foram dois professores, é... a gente vai até acabar, vai acabar até entrando um pouquinho no tema, foi o professor de... de clínica cirúrgica, professor Y1, na verdade me marcou porque foi o primeiro professor que eu me identifiquei na faculdade né. Então professor preto também... então eu lembro que foi na época da pandemia, não foi nem pela afinidade pela cirurgia em si... mas quando eu realmente abri a tela do zoom na época e me deparei com um professor preto foi uma... uma emoção muito grande, porque foi uma...uma identidade né. Todos os professores assim... eu não tinha ainda tido um professor negro, um professor preto na graduação. (E5)

Dra. X1 foi uma médica do 5º semestre...que foi o período mais difícil para mim... que me deu um suporte legal... das matérias que mais me interessaram, teve neurofisiologia com Dr. Y2 ... que eu gostei bastante...e o internato em si, os rodízios do internato em si... o de clínica médica no Roberto Santos, o de UTI no Ernesto Simões... foram os que mais me interessaram. Em relação as atividades extracurriculares... eu fui um dos presidentes e fundadores da IFMSA Brasil... foi a melhor escolha que eu fiz na faculdade... e também fui secretário da liga acadêmica de neurologia da Bahia. (E3)

Logo na sequência, após relatos de diversas vivências dos semestres que foram cursados até o momento da entrevista, foi questionado se alguma dessas atividades (dentro ou fora do escopo curricular) falava sobre a temática da saúde da população negra e, caso existentes, de que forma os(as) entrevistados tiveram contato acesso as mesmas:

Nenhuma. É... [risos] nenhuma. Infelizmente é algo assim que a gente assim não se vê né tanto. Tanto que né... na... no projeto do meu TCC, era algo até que a gente discutia porque não... **não se discute é racismo dentro das universidades, pelo menos nas universidades particulares e principalmente no curso de medicina.** (E5)

Sim... falava... era um tópico que a gente debatia bastante no **programa de extensão** bahiana em defesa da vida...mas, eu senti que não deu tempo de aprofundar tanto debates teóricos, porque foi durante um semestre... e depois veio a pandemia... o programa, na época que eu estava era mais prático assim...então a gente se mobilizava mais em fazer as coisas para comunidade, **mas não discutia tanto a teoria**, mas discuti no início. (E1)

Não... **com certeza não**... eu acho que, no máximo, em semiologia... e de uma **forma muito vaga**, por exemplo, na discussão de tratamento, falar que o BRA e o IECA não são ideais para população negra... na verdade, o interessante é usar um BCC...no máximo {tom exclamativo}... isso era o nível do que a gente discuti. (E2)

{risos}... **curricular raramente, eu tive uma aula só, no rodízio de saúde da família de do idoso que falou sobre anemia falciforme apenas**...mas falou que afeta mais a população negra, foi algo bem vago... saúde da população negra mesmo não teve... na **IFMSA brasil nós tivemos diversas capacitações**, eu produzi uma roda de conversa na bahiana para falar sobre saúde da população negra... fui um dos organizadores... e só pela IFMSA mesmo, **pela faculdade raramente, não vi não.** (E3)

As falas dos(as) seis entrevistados(as) concordaram com os pontos de que houve a aquisição de pouco conhecimento sobre os cuidados assistenciais em saúde voltados para a população negra, e os que foram ministrados em atividades vinculados a graduação se mostraram insuficientes e vagos. Além disso, ressalta-se como a busca por essa temática parece ter se dado mais pela vontade individual dos estudantes em atividades extracurriculares, do que por um programa curricular sistematizado de enfrentamento as lacunas assistenciais que tanto cerceia a efetivação do direito de viver com mais saúde.

Para essa discussão, vale resgatar que o mito da democracia racial não só naturaliza as relações desiguais de poder em todas as esferas, como reforça o equívoco que é tratar a saúde da população negra apenas como um âmbito da diversidade cultural ². Ressaltando a ideia desse grupo compor apenas uma manifestação do pluralismo cultural, pode não ficar tão estampado que a população negra, além de detentora de

tradições e símbolos étnicos valiosos, é a própria população brasileira (e baiana), e que reivindicações quanto ao cumprimento de políticas muitas vezes não se trata de garantir uma agenda de incentivo à pluralidade, mas de garantir direitos fundamentais a uma cidadania plena ²⁰.

Nessa lógica, quando os(as) estudantes trazem a ideia de que houve uma abordagem da população negra focada em aspectos, tais quais o tratamento de doenças como hipertensão arterial sistêmica, ou ainda, no entendimento da doença falciforme (síndrome hematológica que afeta 1:650 nascidos vivos/ano no estado da Bahia, estado mais afetado por essa doença no Brasil) demonstra como há uma grande limitação em reconhecer quais as vastas dificuldades que a população negra enfrenta para acessar e permanecer nos serviços de saúde, que são muito mais complexas que a preferência por medicamentos ou o entendimento de uma das doenças que mais incidem sob esse grupo majoritário ²¹.

Assim, reconhecendo que existam esforços em incluir atividades sobre a população negra na grade curricular das graduações de saúde, e que para enfrentar essa iniquidade disseminada nos séculos da história brasileira é preciso, antes, uma responsabilização individual acerca no nosso viés racial implícito, não se pode deixar de pontuar a urgência em atuar de forma mais na sensibilização e capacitação de gestores, docentes e discentes de Instituições de Ensino Superior.

DESCONHECIMENTOS ACERCA DA PNSIPN E DIRETRIZES CURRICULARES SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), de 13 de maio de 2009, foi um marco ao transformar anos de luta do movimento negro em uma política que reforça as diversas relações estabelecidas entre o racismo e as vulnerabilidades em saúde por ele produzidas. Além na PNSIPN, as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de medicina é um documento extremamente relevante para a abordagem da população negra como uma discussão que deveria estar inclusa nos aparelhos formativos de saúde, ao reforçar a dimensão étnico-racial como moduladora das necessidades individuais de saúde, tais quais as conjunturas sociais como geradoras de danos a ela ^{6,7}.

Apesar de passado por todas as etapas de legitimação pelas esferas do poder, a prática dos objetivos trazidas nos dois documentos, ainda é bastante limitada dentro dos serviços de assistência em saúde. Essa constatação pode ser reforçada pelas respostas dos(as) entrevistados ao serem questionados se conheciam a PNSIPN ou alguma diretriz curricular que aborde a saúde da população negra:

Não. (E2)

Não. (E4)

Não, não conheço. (E5)

Não... especificamente eu já ouvi falar, mas não tenho o conhecimento específico da política. (E1)

Sei que existe...mas se eu te disser já abri para ler vou tá mentindo... dizer que eu sentei para estudar, me aprofundar... não, nada (E6)

Não... já ouvi falar, mas não conheço não. (E3)

O fato de não conhecer a PNSIPN ou diretrizes que fortaleçam a equidade étnico-racial nos serviços de saúde não significa, necessariamente, que os estudantes de saúde são ou serão reprodutores de atitudes racistas durante suas práticas assistenciais. Contudo, ler documentos com esses e compreender suas aplicabilidades pode fazer com que sejam potencializadas atitudes conscientes de combate as iniquidades e identificação mais clara de posturas que colaboram para esse tipo de discriminação, as quais podem, inclusive, já estar sendo práticas, mas ainda não reconhecidas como atitudes antirracistas.

Um aspecto que reforça essa visão é que, ao serem perguntados sobre a relevância que esses documentos teriam mesmo nunca tendo os lido, todas as pessoas entrevistadas reconheceram o impacto positivo delas:

Absurdamente necessárias, só que mais que instituir um documento público, acho que precisa ser trazido para formação, porque não adianta ter um documento que diz que aquilo deve ou não ser feito... se o médico é formado sem o conhecimento dessas coisas... infelizmente não conheço várias dessas coisas que deveria saber na véspera de me formar... então, a priori, sim... é muito importante, **mas antes ou enquanto de institui, é mais importante trazer para nossa graduação e ensinar aos profissionais colocar isso na atuação.** (E2)

Uhum. Eu **acho necessária**, eu acho importante a gente... como, como justamente por conta disso, na faculdade a gente não ter momentos de sentar e conversar sobre isso. Então tendo essas diretrizes, essa política que você falou, eu acredito que **é uma forma de tornar isso mais real**, digamos assim. (E4)

Extremamente necessárias, extremamente relevantes... quando a gente tem uma defasagem, principalmente no... em tudo né?... em acesso... quando

a gente vê mais pessoas tendo acesso aos serviços de saúde que outras, é porque **existe algum problema**... então tem que ter mesmo políticas, diretrizes que possam nortear essa defasagem (E5).

Dessa forma, a pouca disseminação da PNSIPN representa mais um dos obstáculos para que ela não tenha sido adequadamente implementada ao longo desses anos, embora não seja impeditivo de que atitudes antirracistas sejam praticadas (consciente ou inconscientemente). Por fim, em razão da discussão desse trabalho ser direcionada para a graduação médica, apesar da não aplicação desses documentos reforçar a invisibilização das necessidades dos cuidados diferenciados em saúde que devem ser direcionados à usuários(as) pretos e pardos possuem, as ferramentas citadas não são as únicas e nem o esgotamento das tentativas de garantir maior equidade racial dentro do ensino médico.

IMPACTOS DO RACISMO ESTRUTURAL E DO RACISMO INSTITUCIONAL EM SAÚDE

Percepção do racismo por parte dos estudantes

Ser egresso(a) de medicina em uma instituição de ensino privada significa, dentre outros aspectos, é conquistar um espaço elitizado e marcadamente ocupado e gerido por pessoas brancas, verdade que se torna ainda mais desproporcional quando essa instituição se localiza no estado da Bahia. Partindo dessa hierarquia racial posta, foi questionado aos estudantes negros(as) e não negros(as) que contribuíram para a realização desse estudo que falassem o que entendiam por racismo estrutural e institucional em saúde:

É um **preconceito praticada contra uma pessoa a depender da sua cor**, né?... eu acho que o fato da gente discutir... eu não vou falar da cor negra especificamente... quando a gente discute **racismo em relação a cor negra é porque é o predominante**, existe uma hegemonia enfim... um padrão, uma **normatividade** da população branca. Racismo institucional foi uma coisa muito pouco discutida durante minha formação...mas eu imagino que, fazendo uma analogia com o racismo estrutural no geral, seria um racismo que não é só uma pessoa que, por exemplo, fala coisas esdrúxulas e preconceituosas para com outra pessoa que é negra, mas é uma coisa que está realmente institucionalizada. (E2)

Racismo ocorre quando...**pela cor**... estamos determinando um sofrimento, a uma **inferiorização**, a uma exclusão em detrimento de outra classe considerada dominante que está é... destinada a uma **superioridade** né. Institucional eu acredito né quando é... a.. a população mais vulnerável, a população negra está destinada a uma **exclusão dentre das variadas instituições** e apontando para a medicina, para a saúde, quando há evidente essa exclusão na área da saúde ou essa... **diferença né do acesso** dentro das ditas profissões de saúde. (E5)

Racismo é **imposição de privilégios** de um grupo perante outro... e esse grupo tem a pele branca... eu acredito que seja isso, **manutenção** e imposição de privilégios da população branca em cima de outras pessoas que não tem a pele branca. Em relação ao racismo institucional, eu entendo que seria a progressão dessas ideias racistas da sociedade para a instituição da saúde. (E3)

O processo comunicativo é um ato que não deve priorizar as relações de poder, e sim posturas como: escuta qualificada, sensibilidade e adequação de contextos, em um universo que engloba a dimensão verbal e não verbal ²². Ampliando essa visão, por mais que não haja um consenso hegemônico sobre a “definição correta” de racismo, e por ser uma temática estigmatizada, é possível perceber, primeiramente, que há uma legitimação acerca da existência da discriminação racial e, posteriormente, que as conceituações do que seriam manifestações desse preconceito foram bastante ricas, exemplificas e individualizadas a partir nuances cotidianas de cada um(a).

Nessa perspectiva, reconhecer a existência do racismo é a primeira lente que possibilita esses(as) estudantes enxergarem que pode haver uma carga de adoecimento prévio em pessoas negras, e que questões do território e do ambiente que elas estão inseridas impactam nas ferramentas de autocuidado que esse grupo pode ou não desenvolver. Afinal, viver em uma cidade na qual, ocupar universidades, empregos e espaços de lazer sendo negro(a) consiste em ter suas capacidades de permanecer nesses locais questionadas a todo tempo, o que é extremamente adoecedor ².

Impactos do racismo para a saúde dos(das) pacientes

O novo plano municipal de saúde de Salvador-BA é um documento em construção que representa a principal ferramenta de gestão da saúde pública municipal no período de 2022 a 2025. Esse plano objetiva assumir compromissos de orientar o trabalho de profissionais de saúde, aprimorando e ajustando suas atuações à realidade municipal, a fim de aumentar a efetividade da assistência em saúde ²³.

De acordo com esse documento, de 2005 a 2012 foram registrados mais de 8 mil homicídios entre pessoas de 15 a 29 anos (72% do total de homicídios ocorridos na capital baiana), sendo que 92% desses óbitos corresponderam a jovens negros(as). Nesse sentido, o próprio plano municipal reconhece que ser um(a) jovem negro em Salvador, por si só, confere a esse grupo maior possibilidade de morrer vítima de homicídio e, portanto, a violência deve ser encarada como um problema de saúde

pública, na medida em que impacta na assistência em saúde em todos os níveis de complexidade e na alocação de recursos que deve ser destinada para essas demandas.

Outra constatação relevante é que a população residente de Salvador-BA está geograficamente dividida, e essa divisão segue uma lógica hierarquizada, pois os bairros modernos que possuem padrões elevados de consumo e maior acesso a serviços básicos são ocupados majoritariamente por indivíduos brancos, enquanto que bairros tradicionais, periféricos e aqueles mais precários, onde há baixo padrão de consumo e dificuldade de acessar serviços fundamentais, comportam um contingente populacional de maioria negra.

Vale ressaltar, ainda, que o documento citado elenca grupos nosológicos de doenças e agravos que mais acometem usuários(as) pretos e pardos. Dentre esses grupos, destaca-se o de doenças adquiridas, provenientes de contextos socioeconômicos e educacionais desfavoráveis; e o de doenças cujo prognóstico é piorado ou o tratamento é travancado por fatores ambientais e dificuldades de acesso à assistência em saúde. Nessa direção, foi questionado aos entrevistados(as) de que forma o racismo poderia influenciar na saúde de uma pessoa:

Eu acho que toda essa discussão geralmente traz a mente... resgata tudo que eu falei em relação a como foi formada a sociedade... então se a gente divide uma **forma de tratamento, uma qualidade de serviço, a forma com a gente vai cuidar do ser humano** baseado nessas coisas... a gente está instituindo o racismo e a gente tá diminuindo a qualidade de um tratamento... **diminuindo todo o investimento que a gente pode dar a uma pessoa**, baseado em concepção completamente arcaica, preconceituosa... evidentemente racista mesmo. (E2)

O racismo vai... ele influencia com certeza no processo de saúde e de adoecimento né... **não só de uma pessoa, como de uma população inteira**... a partir do momento que essa pessoa é abordada e é tratada de uma **forma diferente**... ela já tem um prejuízo... quando ela chega em um serviço de saúde e a sua queixa é ignorada, por exemplo, e as vezes não fica claro o motivo... seja para a pessoa, seja para o profissional... e o **racismo no brasil é tão intrínseco na gente**, sabe?... e está em quinhentos anos de história... então, quando se trata da população negra, **essas violências estão no cotidiano**... desde a forma como é atendida por um segurança em uma unidade de pronto atendimento, até quando é atendida por um profissional de saúde dentro do consultório (E6)

Com certeza... como disse, **não só na saúde mental**, que com certeza impacta... como qualquer tipo de preconceito impacta na saúde mental de uma pessoa, mas também **negar acesso**, ter população que tem mais dificuldade de ter acesso a saúde básica... (E3)

Com certeza. Principalmente na questão da **autoestima né**, na questão de talvez achar que **não pode chegar àquele determinado ponto, àquele**

determinado objetivo. Eu digo isso porque isso **já aconteceu comigo** né. Eu achava que a medicina era algo totalmente distante. Já encontrei gente que falou “Ah, não é pra gente isso”. Então, influencia bem negativamente com relação a isso, a... na estima da pessoa né, muitas vezes, a pessoa pode se achar com baixar estima, **pode achar que não tem capacidade**, que não pode conseguir àquela situação, não pode... e também pela própria **falta de acesso** né, a gente vê que é algo bem tenso né. (E5)

A maioria das respostas deram enfoque a aspectos sistemáticos, como as barreiras de acessar e permanecer os serviços assistenciais em saúde, sendo que o(a) único discente que trouxe primeiro o fato do racismo ferir a construção de uma autoestima positiva, e depois o fato dele gerar obstáculos dentro do sistema de saúde foi justamente o(a) entrevistado que se autodeclarou preto, reforçando como as potencialidades de jovens negros(as) que são “alvos fenotípicos mais diretos” das expressões cruéis do racismo é minada pouco a pouco ²⁴.

Outro ponto preocupante é a ideia de que apenas pessoas negras são as responsáveis pelo combate ao racismo, fazendo com que esse grupo tenha que suportar as violências dessa discriminação incessante e estar na linha de frente do seu combate a um só tempo, além de naturalizar a zona de privilégios de uma branquitude que não é convocada a rever seus conceitos e atitudes em prol de um coletivo marginalizado. De acordo com uma pesquisa de demografia médica realizada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), somente 18% de médicos(as) que se formaram no ano de 2018 se consideravam negros, o que torna essa ideia ainda mais desproporcional diante do contingente minoritário de profissionais médicos(as) pretos e pardos os quais “teriam” de enfrentar essa luta antirracista ²⁵. Nesse sentido, ao serem questionados(as) se havia alguma diferença no atendimento de uma pessoa branca para uma pessoa negra, uma fala ilustrou bem essa questão:

Eu acho que existe sim, **porque a maioria dos médicos no Brasil são médicos brancos, então são médicos que não enxergam o paciente como semelhante...** existe sim... já vi diversas vezes médicos darem menos importância a um paciente negro, pobre... então acho que sim”. (E1)

Apesar de que essa constatação possa ser verídica na maior parte dos casos, ela sempre deve ser acompanhada de uma problematização que remeta ao fato de que ser branco(a) não justifica a diferença nos atendimentos, mas denuncia como esse panorama é extremamente problemático e não deve ser aceito como imutável. Um contraponto interessante para evidenciar que é possível problematizar os privilégios

socialmente concedidos a pessoas brancas sendo uma pessoa pertencente a esse grupo racial foi trazido na fala de outro(a) estudante:

Muitas coisas eu acabei refletindo mais e tendo ideias melhores, pois eu tive esses ensinamentos... quando não tem isso, você acaba sendo um propagador... **porque eu mesmo, como homem branco...é muito mais fácil não perceber o dano que posso causar... é como se eu tivesse que lutar frequentemente com isso, sabe?** (E3)

Políticas e Diretrizes sobre a saúde da população negra com certeza são necessárias **e não dá para ser conhecimento só da população negra... porque eu sinto isso, que quem se interessa pela população negra são pessoas negras... por exemplo, os estudantes de medicina negra se interessam... e eu como homem branco não tive interesse em fazer isso... então só ter a política não adianta muito...** (E3)

Além disso, como forma de tornar as práticas racistas mais palpáveis, alguns exemplos práticos desses impactos para os(as) pacientes foram trazidos pelos(as) estudantes:

Por exemplo, uma discussão que eu vi na IFMSA Brasil... de que todo mundo fala que hipertensão é mais comum em pessoas negras... e **fica parecendo que fosse apenas genético...** sendo que se a gente for parar para pensar o porquê da hipertensão... será que essas pessoas não têm **menor acesso a saúde?** Essas pessoas não têm **menor acesso à educação de qualidade? Menor acesso a prática de exercícios físicos e práticas saudáveis...** e também **menor controle, menor tempo para conseguir uma consulta e regular todo esse processo, de não possuir uma educação nutricional...** então assim, além do impacto mental, existe um impacto direto na saúde por racismos dentro do sistema de saúde... (E3)

Então quando tiver diante de um caso que seja mais prevalente na população negra ou diante... não sei... **de um caso dermatológico que você está acostumado a ver nos livros na pele branca, você não vai saber identificar...** então influencia, porque isso não é discutido (E1)

Eu não sei se tem alguma relação com parentesco das pessoas né, do serviço que fazem regulação, mas **os pacientes que mais ficam internados, que mais ficam esperando regulação são pacientes negros.** Também o olhar de algumas pessoas, que infelizmente a gente acaba ouvindo falar, dizendo comentários de que **negros são mais fortes, “ah, esse aqui é mais forte”, e aí quando você vai olhar a única diferença basicamente é que a pessoa é negra e a outra não.** (E4)

Assim, torna-se inegável os efeitos deletérios do racismo para que a integralidade e equidade não sejam princípios praticados plenamente nos serviços de saúde. Por isso, recompor práticas assistenciais é tão urgente quanto construir um novo paradigma de cuidado em saúde calcado na percepção de opressões racistas naturalizadas e na capacidade de interpretar situações como as que foram citadas.

Impactos do racismo para a formação em medicina

O descompromisso na produção e análise de dados racializados durante a pandemia por COVID-19, somado a desigualdades sociais já existentes, como acesso a água e sabão, álcool em gel, máscaras com barreiras eficazes e dificuldades para manter o isolamento social recomendado, escancarou como a população negra ficou à margem dos planos estratégicos específicos para o seu combate e, portanto, mais exposta aos agravos dessa síndrome respiratória ¹⁴.

Nessa direção, considerando que a construção de uma postura antirracista faz parte de um processo complexo e envolve uma revisão do racismo interpessoal, é evidente que as escolas médicas têm grande responsabilidade no fomento de estudos étnico-raciais em uma perspectiva assistencial e no combate das expressões do racismo nos espaços institucionais. Assim, foi perguntado aos entrevistados se eles(elas) achavam que o racismo institucional em saúde poderia impactar nas suas formações:

Assim... querendo ou não eu estou nesse meio né, de que eu vou estar convivendo com pessoas de... de... **que podem estar propagando esse pensamento**, então eu acho que da minha parte seria realmente ficar mais... mais zeloso em relação a isso, entendeu? Então, tentar fazer pelos outros o que os outros não estão fazendo por eles, entendeu? (E4)

Pode... com certeza... eu acho que é muito fácil eu acreditar no que as pessoas dizem **se você não tiver uma base crítica que perpassa por uma educação, além da técnica...** a forma como a gente é ensinada na faculdade **não abrange, infelizmente, esse tipo de discussão...** então pensar baseado no que a outra pessoa pode pagar ou na sua impressão baseada na cor de pele e **tentando associar as coisas que os professores equivocadamente falaram...** vai ser péssimo... a qualidade do atendimento vai deteriorar absurdamente, o seu caráter vai se tornar questionável e você vai acabar instituindo **condutas baseadas em coisas que não tem nada a ver com medicina, o que é completamente antiético.** (E2)

Com certeza... eu sou muito privilegiado de ter tido acesso a essas discussões pela IFMSA brasil... e ter aberto minha visão por conta disso... você tem que se mover mesmo, porque **se não mover as coisas continuam como estão...** e também é muito difícil acreditar nisso... porque eu me pergunto se vamos conseguir, se vamos ampliar o acesso das pessoas... acredito que discutindo e tal, a gente consiga até melhorar algumas práticas médicas racistas... **e tem políticas com boa importância como a de cotas para ir atenuando isso...** mas sinceramente, vendo o brasil como está hoje e pensar em melhoras é difícil... mas enfim, **cabe a cada faculdade abordar muito mais esses temas.** (E3)

Sim, sim... impacta porque a gente realmente não sabe né, os médicos acabam formando sem ter pelo menos uma consciência da população que é formada aquela região. Ele tem noção daquela bolha que ele vive né, mas não tem uma noção né da população que é formada porque não se discute. Talvez... talvez não, **não se discute isso na faculdade né, não se discute o perfil da população, o perfil das doenças.** Então há uma defasagem inclusive né, o próprio material didático quando a gente vai ver **até os personagens dos materiais didáticos, as fotos das pessoas, são as pessoas brancas.** Então, há... **há sim uma defasagem na educação.** O

racismo tá em tudo, tá em tudo. É [risos] é triste né, mas tá em tudo. Infelizmente. (E5)

Houve uma confluência das respostas na ideia de que não propor um debate efetivo sobre os privilégios raciais de cuidado, gera lacunas assistenciais. Um aspecto que vale ser sublinhado na primeira fala (E4) é de como as manifestações de racismo podem ser entendidas como “invisíveis” e, portanto, ser difícil não reproduzir comportamentos estando em um ambiente propício a isso. Contudo, essa ideia “turva” está mais atrelada a uma falta de identificação objetiva do que é ou não uma atitude racista, do que de uma impossibilidade de refrear a reprodução dessa discriminação. Por esse motivo, para obter exemplos mais palpáveis de práticas racistas, foi questionado aos entrevistados(as) se eles achavam que havia alguma diferença entre o atendimento de uma pessoa negra para uma pessoa branca:

Se você for ver o manual de dermatologia, por exemplo, são pessoas brancas. E aquelas lesões como são aplicadas, como é a visibilidade daquela lesão na população negra? Como é que a gente vai ver aquele modelo da lesão na população negra? Nem isso a gente vê né, porque **os modelos são modelos brancos, não são modelos negros.** (E5)

Por exemplo, a crença... em obstetrícia... de que **mulheres negras aguentam mais dores, então a gente faz menos analgesia...** ou então... já ouvi de médica professora X2 da bahiana falando que o homem soteropolitano por ter um passado negro... por ter uma descendência negra, **tem menos transtorno depressivo... então a mania no transtorno bipolar é menos prevalente em Salvador... e isso vem do negro aguentar mais sofrimento...** isso foi uma médica psiquiatra que falou. (E3)

A maioria dos pacientes que a gente atende são pacientes negros, sendo que muitas vezes a gente aprende coisas não específicas para essa população né, principalmente GO por exemplo, lá quando eu rodei, era basicamente pacientes negras, era coisa de 90% praticamente.... e tinham, e **tem algumas coisas importantes da gente saber de... da gestação, principalmente de final de gestação e que praticamente a gente não discutia sobre isso. Levava como qualquer paciente, entendeu?** (E4)

Existe sim, inclusive **diferença de mim para um colega branco**, acho que principalmente... **de alguns pacientes não acharem que a gente é que vai atender, ou se direcionar para perguntar alguma coisa a um outro colega, pra um... um outro colega branco.** Tem essas diferenças né, principalmente **não achar que a gente é o médico** que vai tá atendendo... **a gente é tido como tudo menos como a figura do médico.** (E5)

Dessa maneira, percebe-se que as iniquidades raciais podem sair desse “status de invisibilidade”, bastando que essas reproduções sejam reconhecidas. Novamente, percebeu-se um ângulo diferente por parte do entrevistado que se autodeclarou preto ao referir exemplos vinculados a transmissão dos conhecimentos médicos hegemonicamente brancos, mas também diferenças de atendimento em relação a ele, nos momentos os quais era questionado por pacientes se seria ele a pessoa que

conduziria o atendimento, situação que, possivelmente, nenhum estudante branco(a) terá que experimentar ao longo dos seis anos de graduação.

Nesse ínterim, trazer para discussão o fato de que uma educação antirracista é importante não apenas para reduzir os abismos assistenciais entre pacientes negros e não negros, como também para tornar a graduação um espaço menos violento e difícil para graduandos(a) pretos e pardos. Assim, a necessidade de acolher melhor estudantes negros em formação, e a importância da identificação entre pessoas negras que ocupam espaços educativos foram trazidas em outros momentos das entrevistas:

Para as pessoas que estão... eu converso muito com um amigo meu do meu semestre... ele é negro e ele traz muito essa questão de **sofrimento mesmo por não rolar uma identificação entre colegas de turma e até com professores** e tal... então acho que **isso também é uma forma de enfraquecer a prestação de serviço** no lado de quem têm vivências como essas. (E6)

A discussão do racismo é uma responsabilidade de todo mundo né... primeiro que deveria ser uma responsabilidade da própria academia... em estar possibilitando essas discussões para pessoas que nunca tiveram acesso a esses debates em algum período da vida, né?... porque assim, **nós que somos negros não somos obrigados a falar só de racismo, porque é algo desconfortável... a gente não é obrigado a tá ensinando sobre racismo**, a tá falando, porque não é algo legal... mas assim, nós vemos na necessidade de falar, de discutir para problematizar... (E5)

Eu não vou mentir... e um dos motivos pelos quais eu fui... eu decidir ajudar nessa pesquisa, justamente porque tive vivências bem ruins com alguns professores... o primeiro foi **professor Y3 que fazia comentários absurdamente machistas e racistas na sala** e professor Y4... é um professor inclusive que já não é mais professor da bahiana... mas, na minha época ele fez um **comentário absurdamente racista com uma das alunas que fez ela sair chorando da sala**... então foi uma coisa que marcou muito a gente, sabe? (E2)

E tem **políticas com boa importância como a de cotas** para ir atenuando isso... umas colegas minhas já referiram que **um paciente chorou ao ver que estava sendo atendido por ela que era negra**... isso para mim é um movimento... (E3)

Um professor que me marcou... foi o professor de... de clínica cirúrgica, professor Marcelo, na verdade, **porque foi o primeiro professor que eu me identifiquei na faculdade né... então professor preto também**... então eu lembro que foi na época da pandemia, não foi nem pela afinidade pela cirurgia em si... não tenho assim...gosto, mas não tenho tanta vontade... mas quando eu abri a tela do zoom na época e me deparei com um professor preto foi uma... uma emoção muito grande, porque foi uma...uma identidade né... vê-lo foi pra mim uma grande emoção de que eu **“poxa” tem uma pessoa igual a mim né que eu possa ter como um espelho**”. Então isso me marcou bastante. (E5)

Assim, é obvio que todos(as) perdemos com o racismo. As lacunas formativas podem implicar no descumprimento do princípio da equidade, na construção de hipóteses diagnósticas equivocadas, no atendimento incompleto das demandas de pessoas negras e maior propensão em cometer negligências e iatrogenias. Somado a isso, não trabalhar essa temática de forma responsável, faz com que a graduação de centenas de discentes seja repleta de violências diárias e subjugação das suas capacidades, o que impacta sobremaneira em suas saúdes.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final das entrevistas, foi solicitado aos participantes que dessem um *feedback* sobre o encontro e, caso quisessem, fazer críticas construtivas e sugerir mudanças. Algumas falas sugeriram um efeito positivo logo após o término do roteiro da entrevista:

Não... nada a acrescentar... eu adorei, não me senti julgada... de feedback, acho que... apesar de ser uma responsabilidade minha... talvez quando identificar uma pessoa que não possui conhecimento... no final da pesquisa... **disparar alguns documentos por e-mail para gente... porque as vezes a gente nem sabe, não ouve falar, a gente fica perdido... não tem materiais sistemáticos de estudo...** não é sua responsabilidade dar conta disso, mas se quiserem disparar alguns documentos importantes, seria interessante. (E2)

Não... acho que deu para gente discuti tudo. E mais uma vez te parabenizar, é um ato de coragem falar sobre racismo, embora não seja tão confortável ver, tá toda hora falando, ensinando...“olha, isso aqui é racismo”... mas, te parabenizar pela coragem em estar levando esse tema para frente para que seja discutido, para que seja falado, **tirando esse estigma de silenciamento do racismo... tornar visível cada vez mais para gente tentar vencer isso no nosso meio, entre nossos colegas, amigos, faculdade...** isso aí, siga em frente. Aos poucos vamos vencendo esse contexto racista, não desanime... (E4)

Eu achei bem interessante... acho que **trabalhos assim que impactam a sociedade, impactam o ensino...** que buscam mudanças... acho essencial te parabenizar por isso... infelizmente acho que seu trabalho tem um viés, pois **pessoas definitivamente racistas não vão responder sua pesquisa... era para ser obrigatório** e você passar de turma em turma obrigando todo mundo a fazer, para gente ter noção do quão grave e quão ruim está a situação... (E3)

O primeiro e último comentários ilustram bem que, apesar da busca por referências antirracistas também partir de uma atitude individual, há um interesse de ter acesso a mais conhecimentos sobre a saúde da população negra, interesse que poderia ser potencializado nas academias médicas. O segundo comentário, por sua vez, aborda uma limitação do estudo em conseguir acessar pessoas que não tem afinidade com o tema, o que possibilitaria outros pontos de vistas.

Em suma, a realização dessa pesquisa permitiu com que houvesse trocas muito ricas com outros(as) estudantes de medicina em diferentes buscas pessoais e acadêmicas. Desses encontros, foi possível tornar mais palpáveis as dificuldades que pacientes negros(as) enfrentam nos serviços assistenciais de saúde e alguns dos principais fatores institucionais que ampliam as vulnerabilidades desse grupo populacional à margem da plena cidadania.

Foi possível perceber, também, prejuízos à saúde de alunos(as) negros que se formam em instituições as quais não avançam no cumprimento da PNSIPN, engajando gestores e docentes a se alinharem cada vez aos objetivos da política. Por fim, ficou nítido os hiatos que surgem das graduações médicas que não possuem ferramentas suficientes para estimular o desenvolvimento de atitudes antirracistas dos seus egressos.

Assim, termino esse trabalho, mas não essa ideia, com um trecho da escritora que mudou minha história:

“As histórias importam.

Muitas histórias importam.

As histórias foram usadas para espoliar e caluniar, mas também podem ser usadas para empoderar e humanizar. Elas podem despedaçar a dignidade de um povo, mas também podem reparar essa dignidade despedaçada.

Eu gostaria de terminar com esta ideia: quando rejeitamos a história única, quando percebemos que nunca existe uma história única sobre nenhum lugar, reavemos uma espécie de paraíso.”

Chimamanda Adichie

REFERÊNCIAS

1. Demo P. Pesquisa social. Vol. 17, Serviço Social & Realidade. 2008. 11–36 p.
2. 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 [Internet]. 2020 [acesso em 15 set 2022]; 44(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022020000500804&tlng=pt.
3. Adichie CN. O perigo de uma história única. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.
4. Almeida S. O que é Racismo Estrutural? Belo Horizonte: Letramento; 2018. 203 p.
5. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saude e Soc. 2016;25(3):535–49.
6. BRASIL BMBM da S. 3ª edição Brasília – DF 2017. 2017. 60 p.
7. Resolução CNE/CES 3/2014. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11.
8. Falk JW. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. Rev Bras Med Família e Comunidade. 2004;1(1):5–10.
9. IBGE. Características gerais dos domicílios e dos moradores (2019). Pesqui Nac por Amostra Domicílios Contínua. 2019;1–8.
10. PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Inst Bras Geogr e Estatística [Internet]. 2019 [acesso em 10 set 2022]; 1–11. Disponível: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html>.
11. IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.
12. Marinho A, Cardoso SDS, Almeida VV de. Desigualdades por sexo e por raça e o direito aos transplantes de órgãos no Brasil. Rev Direito Sanitário. 2012;13(1):38.
13. Brasil. Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. [acesso em 15 set 2022]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html.
14. Dos Santos HLPC, Maciel FBM, Santos KR, da Conceição CDVS, de Oliveira

- RS, da Silva NRF, et al. Necropolitics and the impact of covid-19 on the black community in brazil: A literature review and a document analysis. *Cienc e Saude Coletiva*. 2020;25:4211–24.
15. Minayo, MCS. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
 16. Denzin NK. *An Introduction To Qualitative Research*. SAGE; 2009.
 17. Bardin L. *Análise do Conteúdo - Edição revista e ampliada*. São Paulo: Edições 70; 2011.
 18. Collins PH, Bilge S. *Interseccionalidade*. 1 ed. São Paulo: Boitempo; 2020.
 19. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Especialização Multiprofissional na Atenção Básica – Modalidade a Distância. *Epidemiologia* [Internet]. 2016. 84 p. [Acesso em 13 out. 2022]. Disponível em: <https://unasus.ufsc.br/atencaobasica/files/2017/10/Epidemiologia-ilovepdf-compressed.pdf>.
 20. ONU. Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural. [Internet]. 2002. [acesso em 20 set 2022]. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/2001%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universa%20sobre%20a%20Diversidade%20Cultural%20da%20UNESCO.pdf>.
 21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Doença falciforme: diretrizes básicas da linha de cuidado*. [Internet]. 2015. [Acesso em 22 jul. 2022]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_falciforme_diretrizes_basicas_linha_cuidado.pdf.
 22. Osório A, Schraiber LB. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde e Sociedade*. 2015; 24 (1): 205-218.
 23. Secretaria Municipal da Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador. *Plano Municipal de Saúde 2022-2025*. [Internet]. 2022. [Acesso em 23 abr. 2022]. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/plano-municipal-de-saude-2022-2025/>.
 24. Borret RH, Silva MF, Jatobá LR, Vieira RC, Oliveira DOPS. “A sua consulta tem cor?” - Incorporando o debate racial na Medicina de Família e Comunidade - um relato de experiência. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020; 15(42): 2255.
 25. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Miotto BA, Mainardi GM. *Demografia médica no Brasil 2018*. São Paulo: FMUSP/CFM/ CREMESP; 2018.

APÊNDICE A
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

- 1) Quantos anos você tem?

- 2) Qual seu sexo biológico?
 - () Feminino
 - () Masculino

- 3) Qual sua identidade de gênero?
 - () Cisgênero
 - () Transgênero
 - () Agênero
 - () Não binário
 - () Outro: _____

- 4) Qual sua orientação sexual?
 - () Homossexual
 - () Heterossexual
 - () Bissexual
 - () Assexual
 - () Pansexual
 - () Outro: _____

- 5) Com qual raça/cor você se identifica?
 - () Amarelo(a)
 - () Branco(a)

- Indígena
 - Pardo(a)
 - Preto(a)
- 6) Qual a renda mensal aproximada da sua família, somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você?
- Até 1 salário mínimo (até R\$ 1100,00)
 - De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 1.100 até R\$ 3.300,00).
 - De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 3.300 até R\$ 6.600,00).
 - De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 6.600 até R\$ 9.900,00)
 - De 9 a 12 salários mínimos (de R\$ 9.900 até R\$ 13.200)
 - De 12 a 15 salários mínimos (de R\$ 13.200 até R\$ 16.500,00)
 - Mais de 15 salários mínimos (mais de R\$ 16.500)

APÊNDICE B

ROTEIRO DA ENTREVISTA

PARTE 1 – Perfil do(a) entrevistado(a) e sua trajetória acadêmica até aquele estágio formativo

- 1) Qual semestre você está cursando?
 9º
 10º
 11º
 12º

- 2) Você já fez alguma graduação antes de medicina? Quais motivações te levaram a fazer essa escolha? (Solicitar uma explanação breve)

- 3) Me conte um pouco da sua trajetória até aqui na graduação (Ex.: Quais atividades extracurriculares já participou; alguma matéria/ professor(a)/ atividade curricular marcante para a formação do(a) interno; entre outras)

- 4) Alguma dessas atividades (curriculares ou extracurriculares) falavam sobre saúde da população negra? Se sim, quais?

PARTE 2 – Visão geral sobre racismo, racismo institucional em saúde e atendimento da pessoa negra

- 1) Qual sua percepção acerca do racismo? (Legitimação acerca da existência / entendimento / o que conhece sobre)

- 2) Qual sua percepção acerca do racismo institucional em saúde? (Legitimação acerca da existência / entendimento / o que conhece sobre)

- 3) Você acha que o racismo pode influenciar na saúde de uma pessoa? De que forma?

- 4) Você acha que o racismo pode influenciar na prestação de serviços assistenciais em saúde? De que forma?
- 5) Você acha que o racismo institucional em saúde pode influenciar na sua formação em medicina e na sua prática profissional futura? De que forma?
- 6) Você costuma questionar a raça/cor a qual os pacientes se identificam?
- 7) Para você, qual a relevância de perguntar o quesito raça/cor?
- 8) Você acha que existe alguma diferença no atendimento de uma pessoa branca e uma pessoa negra? Se sim, qual/quais diferença(s)?
- 9) Você se sente apto para atender as demandas em saúde de um(a) paciente negro?

PARTE 3 – Conhecimento da existência de Políticas, Diretrizes ou outros meios que abordem a saúde da população negra e como isso foi adquirido durante a graduação

- 1) Você adquiriu algum conhecimento sobre saúde da população negra durante sua graduação? Se sim, de que forma esse conhecimento foi adquirido?
- 2) Você conhece a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)? Se sim, de que forma teve acesso a essa Política?
- 3) Em conhecendo a PNSIPN, você leu? Se sim, há algo que lhe chamou atenção?
- 4) Você conhece alguma diretriz curricular que reconheça a dimensão étnico-racial como integrante das necessidades individuais de saúde? Se sim, de que forma teve acesso a essa Diretriz?
- 5) Qual sua opinião a respeito de políticas públicas e diretrizes curriculares que falem sobre saúde da população negra? Você acha que elas são necessárias?
- 6) Qual a sua opinião a respeito da existência de matérias/cursos/oficinas ou qualquer outra atividade formativa em medicina que aborde saúde da população negra?

PARTE 4- Considerações finais e feedback do(a) interno(a)

- 1) Tem algo mais que você gostaria de pontuar sobre a temática do estudo?

- 2) Você gostaria de dar um feedback a respeito da entrevista?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: **“Conhecimentos antirracistas adquiridos ao longo da graduação voltados para o combate às iniquidades em saúde da população negra por internos de medicina”**.

Essa pesquisa tem por objetivo descrever a aquisição de conhecimentos antirracistas ao longo da graduação voltados para o combate às iniquidades em saúde da população negra por parte dos internos de medicina, bem como: identificar as características sociodemográficas desses discentes; averiguar o conhecimento sobre a existência da Política Nacional de Saúde da População Negra (PNSIPN) e/ou de diretrizes curriculares que reconheçam a dimensão étnico-racial como integrante das necessidades individuais de saúde; verificar seus conhecimentos acerca da existência do racismo e racismo institucional, e de como eles podem impactar em sua formação e prática profissional futura; e, por fim, de que forma esses conhecimentos foram adquiridos durante a graduação.

Durante a entrevista, serão feitas perguntas fechadas para identificar as características sociodemográficas dos estudantes (idade; sexo biológico; raça/cor; identidade de gênero; orientação sexual e renda familiar); e perguntas abertas para: entender um pouco da trajetória acadêmica do(a) entrevistado até ali (ex.: semestre atual; se já fez outras graduações; motivações que levaram a fazer medicina; atividades extracurriculares que participou; se teve matérias que abordassem saúde da população negra etc.); verificar conhecimentos gerais acerca da existência do racismo e racismo institucional, e dos seus impactos (ex.: como o racismo pode impactar no atendimento; se há questionamento acerca do quesito raça/cor etc); averiguar seu conhecimento sobre a existência da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e/ou diretrizes curriculares que reconheçam o racismo institucional da saúde (ex.: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2014) e os meios pelos quais esses conhecimentos foram adquiridos.

Dessa forma, a partir da escolha de estudantes que estão último ciclo formativo de medicina (internato), torna-se possível identificar se o processo de formação vem, de

alguma maneira, proporcionando mais segurança e preparo para lidar com as demandas em saúde da população negra.

Caso você aceite participar da pesquisa, a entrevista ocorrerá na plataforma Zoom.US e será gravada em vídeo com o instrumento disponibilizado pela própria plataforma. Segundo a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, toda e qualquer pesquisa apresenta risco aos participantes. Dessa forma, serão empreendidos esforços no sentido de minimizá-los, como: o armazenamento das entrevistas, transcrições e redações do TCC em um computador pessoal e HD externos protegidos por senha, em que apenas a orientadora e a orientanda terão acesso; o armazenamento dos dados por um período de 5 anos da coleta para que, então, sejam deletados definitivamente após prazo determinado; e o fornecimento de informações necessárias antes e ao longo da entrevista para reduzir o constrangimento e desconforto do/da participante durante a coleta de dados, sem que haja qualquer pressão, intimidação ou direcionamento do seu raciocínio.

Apesar dessa pesquisa não trazer benefícios diretos aos participantes, os benefícios indiretos serão decorrentes do conhecimento produzido diante dos resultados encontrados. Também vale destacar como possíveis benefícios: o desenvolvimento e engajamento científico ético em prol das demandas da população negra; o incentivo na construção de uma formação médica mais apta a atuar de modo antirracista; a contribuição para um estudo engajado com uma mudança social detentora de menos iniquidades em saúde e a reflexão individual que poderá ser feita nos participantes, reconhecendo e replicando práticas assistenciais mais respeitosas.

Vale pontuar que essa pesquisa também está de acordo com o Ofício Circular N°2/2021 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Para estabelecer um contato através do meio virtual com possíveis participantes, não serão utilizadas listas que permitam a identificação dos convidados, nem visualização dos seus dados de contato por terceiros. A anuência através do TCLE será mantida e esclarecida ao participante antes da realização da entrevista no meio virtual, além de ser enfatizada a importância de o participante guardar uma cópia do documento eletrônico em seus arquivos. Por fim, para reduzir os riscos quanto ao uso da plataforma digital, a pesquisadora responsável conhecerá a política de privacidade da ferramenta utilizada para a coleta de informações e será feito um download dos dados coletados para um

dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro das plataformas virtuais, ambientes compartilhados ou “nuvens” utilizadas.

Quanto a instituição onde serão coletados os dados, esta poderá utilizar os resultados para analisar seu escopo pedagógico no que se refere a temática no currículo do curso.

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 sua imagem, intimidade ou confidencialidade.

O Sr.(a) está livre para participar ou recusar-se, não havendo punição diante da sua escolha. A participação neste projeto é voluntária, você não terá nenhum benefício direto, arcará ou receberá qualquer tipo de contribuição financeira para participar deste estudo. Entretanto, mesmo diante de todas as precauções, o(a) entrevistado pode retirar seu consentimento a qualquer momento ao longo da entrevista, não tendo qualquer penalização quanto a isso e sendo assegurado de que os dados coletados até o momento serão descartados. Ademais, será garantido o ressarcimento de possíveis despesas com a participação na pesquisa, ainda que não previstas inicialmente, e assegurado o direito de solicitar indenização caso haja algum dano comprovadamente causado pela pesquisa.

Caso surjam dúvidas, os responsáveis pelo estudo nessa instituição são: Andreia Beatriz Silva dos Santos (orientadora responsável) - e-mail: andreiasantos@bahiana.edu.br, tel. (71) 991228083 e Victória Correia Brandão (orientanda responsável) - e-mail: victoriabrandao18.2@bahiana.edu.br, tel. (71) 992575424.

Na permanência de alguma dúvida não sanada pelas pesquisadoras ou alguma denúncia a ser realizada, procure o Comitê de ética em pesquisa – CEP-EBMSP, responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos. Endereço: Av. Dom João VI, nº 274, Brotas, ao lado do Salvador Card, Salvador-BA. CEP: 40.285-001. **TEL: (71) 2101-1921 | (71) 98383-7127.**

Consentimento de participação da pessoa como sujeito da pesquisa:

Declaro que li os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para os propósitos acima descritos.

Para participar da pesquisa, é necessário que você concorde com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Você concorda em participar desta pesquisa?

Concordo

Discordo

ANEXO A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTOS ANTIRRACISTAS DE INTERNOS DE MEDICINA VOLTADOS PARA O COMBATE ÀS INIQUIDADES EM SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: "O PERIGO DE UMA HISTÓRIA ÚNICA"

Pesquisador: Andreia Beatriz Silva dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55431822.6.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.303.405

Apresentação do Projeto:

Apesar de documentos oficiais no campo da educação médica e da saúde pública voltados para o combate das iniquidades em saúde da população negra já vigorarem no Brasil, dados epidemiológicos apontam lacunas assistenciais para com essa minoria social, reflexo - em parte - de uma formação limitada no que diz respeito a aquisição de conhecimentos antirracistas e o possível desenvolvimento de competências capazes de lidar com as reais demandas de saúde da população preta e parda.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

-Descrever a aquisição de conhecimentos antirracistas voltados para o combate às iniquidades em saúde da população negra por parte dos internos de medicina em Salvador-BA.

Objetivo Secundário:

-Identificar as características sociodemográficas dos internos da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP);

- Verificar o conhecimento dos internos de medicina da EBMSP acerca da existência do racismo e do racismo institucional em saúde, e dos seus impactos para a formação e prática profissional futura;

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

UF: BA

Município: SALVADOR

CEP: 40.285-001

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.303.405

- Averiguar o conhecimento sobre a existência da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e/ou de diretrizes curriculares que reconheçam a dimensão étnico-racial como integrante das necessidades individuais de saúde;
- Conhecer os meios através dos quais esses conhecimentos foram adquiridos durante a graduação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

OS pesquisadores relatam risco de quebra de sigilo e que serão empreendidos esforços no sentido de minimizá-los, como: o armazenamento das entrevistas, transcrições e redações do TCC em um computador pessoal protegido por senha, em que apenas a orientadora e a orientanda terão acesso; o armazenamento dos dados por um período de 5 anos da coleta para que, então, sejam deletados definitivamente após o prazo definido; e o fornecimento de informações necessárias antes e ao longo da entrevista para reduzir o constrangimento e desconforto do/da participante durante a coleta de dados, sem que haja qualquer pressão, intimidação ou direcionamento do seu raciocínio. Mesmo diante de todas as precauções, o/a entrevistado pode interromper a entrevista a qualquer momento, não tendo qualquer penalização quanto a isso e sendo assegurado de que os dados coletados até o momento serão descartados.

Benefícios:

OS pesquisadores relatam dentre os benefícios da pesquisa, o desenvolvimento e engajamento científico ético em prol das demandas da população negra; o incentivo na construção de uma formação médica mais apta a atuar de modo antirracista; a contribuição para um estudo engajado com uma mudança social detentora de menos iniquidades em saúde e a reflexão individual que poderá ser feita nos participantes, reconhecendo e replicando práticas assistenciais mais respeitadas. Assim, pretende-se incentivar a promoção de um cuidado em saúde menos racista e mais alinhados a documentos oficiais já vigentes, como as DCNs, a PNSIPN, o Código de Ética Médica e os princípios doutrinários do SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, primário e individuado, com uma abordagem qualitativa. No tocante a escolha dessa abordagem, foi intencionado captar um nível de realidade que não consegue ser quantificado, trabalhando com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes imbricados na realidade social². O estudo será realizado na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Instituição sem fins lucrativos,

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274	CEP: 40.285-001
Bairro: BROTAS	
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)2101-1921	E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.303.405

localizada no bairro de Brotas em Salvador-BA, e ocorrerá entre janeiro e dezembro de 2022, durando cerca de 12 meses. A população estudada será composta por graduandos de medicina do 9º ao 12º semestre da EBMSP em Salvador-BA, e representará uma amostra de conveniência, em que o tamanho e a seleção amostral serão definidos ao longo de toda coleta de dados e serão dependentes da saturação das informações obtidas. No que se refere ao critério de saturação de dados, a pesquisadora principal irá prever um montante de entrevistas a serem balizadas em campo, à medida que consiga o entendimento das homogeneidades, da diversidade e da intensidade das informações necessárias para o alcance dos objetivos do estudo.

A coleta de dados ocorrerá através de uma entrevista semiestruturada individual guiada por roteiro e gravada sob responsabilidade da pesquisadora principal. Esse roteiro será composto por indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas, em que as perguntas irão conduzir uma conversa com finalidade e farão parte do delineamento do objeto, como forma de contribuir para emergência de visões, juízos e relevâncias a respeito das relações que compõem o objeto.

A entrevista contemplará seis perguntas fechadas acerca das características sociodemográficas, incluindo idade, sexo biológico, identidade de gênero, orientação sexual, raça/cor e renda mensal (Apêndice A); e perguntas abertas baseadas nos tópicos definidos no Roteiro da Entrevista (Apêndice B).

Em relação ao TCLE (Apêndice C), será explicitado os objetivos da pesquisa, a estruturação do questionário, a plataforma em que a entrevista será realizada, o tempo estimado para isso, os benefícios e riscos de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o tempo de armazenamento dos dados (5 anos), contatos da orientanda e orientadora (e-mails e telefones), endereço e contato do CEP vinculado à pesquisa, o direito de interromper a pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou necessidade de justificativa quanto a isso, o direito de ressarcimento no caso de danos comprovadamente gerados e o direito de sanar quaisquer dúvidas antes, ao longo e após a realização da entrevista. De forma a respeitar o contexto pandêmico, esse estudo também estará de acordo com o Ofício Circular N°2/2021 da CONEP. Para estabelecer contato virtual com os possíveis participantes, não serão utilizadas listas que permitam a identificação dos convidados, nem visualização dos seus dados de contato por terceiros. A anuência através do TCLE será mantida e esclarecida ao participante antes da realização da entrevista no meio virtual, além de ser

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

CEP: 40.285-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.303.405

ênfatisada a importância guardar uma cópia do documento eletrônico em seus arquivos. Por fim, para reduzir os riscos quanto ao uso da plataforma digital, a pesquisadora responsável conhecerá a política de privacidade da ferramenta utilizada e será feito um download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro das plataformas virtuais, ambientes compartilhados ou "nuvens" utilizadas.

Critério de Inclusão: Serão incluídos estudantes matriculados(as) que estiverem cursando medicina no 9º, 10º, 11º ou 12º semestre da EBMS, com idade igual ou superior a 18 anos que aceitem participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critério de Exclusão: Serão excluídos estudantes que estão com a matrícula trancada ou que não estiverem cursando regularmente o semestre. Além disso, entrevistas interrompidas por quaisquer motivos também serão excluídas e terão os dados descartados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto devidamente preenchida e assinada pelo representante institucional;
- Cronograma de Execução: Apresentado;
- Orçamento: Apresentado com financiamento próprio;
- TCLE: Apresentado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise bioética através da Resolução 466/12 CNS/MS e demais documentos afins a plenária do CEP-BAHIANA considera o projeto APROVADO para execução imediata de acordo com o cronograma proposto, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a partir da sua execução e representa risco mínimo aos participantes, respeitando os princípios da autonomia, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-Bahiana, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação deste protocolo de pesquisa dentro dos objetivos e metodologia proposta.

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
Bairro: BROTAS **CEP:** 40.285-001
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)2101-1921 **E-mail:** cep@bahiana.edu.br



ESCOLA BAHIANA DE
MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA -
FBDC



Continuação do Parecer: 5.303.405

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Cronograma	cronogramaatualizado_victoriabrandao.pdf	21/03/2022 19:02:25	Roseny Ferreira	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1885630.pdf	29/01/2022 22:46:09		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_victoriabrandao.pdf	29/01/2022 22:41:45	Andreia Beatriz Silva dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado_victoriabrandao.pdf	29/01/2022 22:39:21	Andreia Beatriz Silva dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_victoriabrandaoassinada.pdf	29/01/2022 22:26:24	Andreia Beatriz Silva dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 21 de Março de 2022

Assinado por:
Roseny Ferreira
(Coordenador(a))

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

UF: BA

Município: SALVADOR

CEP: 40.285-001

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br