

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA UNIPROFISSIONAL  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA UNIPROFISSIONAL DE SAÚDE  
ANIMAL INTEGRADA A SAÚDE HUMANA- SAÚDE COLETIVA**

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES REALIZADAS DURANTE O PROGRAMA DE  
RESIDÊNCIA EM SAÚDE ANIMAL INTEGRADA À SAÚDE PÚBLICA**

**MUITO ALÉM DO DADO: PRODUÇÃO DE SENTIDOS SOBRE O QUESITO  
RAÇA/COR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**Andressa Purificação dos Anjos**

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA UNIPROFISSIONAL  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA UNIPROFISSIONAL DE SAÚDE ANIMAL  
INTEGRADA A SAÚDE HUMANA– SAÚDE COLETIVA

RELATÓRIO DE ATIVIDADES REALIZADAS DURANTE O PROGRAMA DE  
RESIDÊNCIA EM SAÚDE ANIMAL INTEGRADA À SAÚDE PÚBLICA

MUITO ALÉM DO DADO: PRODUÇÃO DE SENTIDOS SOBRE O QUESITO  
RAÇA/COR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Andressa Purificação dos Anjos

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado  
ao Programa de Residência em área Profissional de  
Saúde em Medicina Veterinária da Universidade  
Federal Rural de Pernambuco – UFRPE como  
requisito para obtenção do título de Especialização  
em Saúde Animal Integrada a Saúde Humana - Área de  
Concentração: Saúde Coletiva.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Sistema Integrado de Bibliotecas da UFRPE  
Bibliotecário(a): Auxiliadora Cunha – CRB-4 1134

A532m Anjos, Andressa Purificação dos.  
Muito além do dado: produção de sentidos sobre o  
quesito raça/cor na atenção primária à saúde : relato de  
experiência / Andressa Purificação dos Anjos. - Recife,  
2026.  
81 f.; il.

Orientador(a): Gabriela Gonçalves da Silva.

Trabalho de Conclusão de Curso (Residência) –  
Universidade Federal Rural de Pernambuco, Residência  
em Área Profissional de Saúde em Medicina Veterinária,  
Recife, BR-PE, 2026.

Inclui referências.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Comunidade  
negra. 3. Saúde - Educação Permanente . I. Silva, Gabriela  
Gonçalves da, orient. II. Título

CDD 636.089

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA VETERINÁRIA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL  
DA SAÚDE**

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES REALIZADAS DURANTE O PROGRAMA DE  
RESIDÊNCIA EM SAÚDE ANIMAL INTEGRADA À SAÚDE PÚBLICA**

**Relatório elaborado por**

**ANDRESSA PURIFICAÇÃO DOS ANJOS**

**Aprovado em 26/02/2026**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Aderaldo Alexandrino de Freitas  
Universidade Federal Rural de  
Pernambuco

---

Tec. Gabriela Gonçalves da Silva  
Universidade Federal Rural de  
Pernambuco

---

Esp. Agnaldo Soares do Nascimento Júnior  
Secretaria de Saúde de Camaragibe

## AGRADECIMENTOS

Antes de tudo gostaria de pedir licença e agradecer aos meus ancestrais pela possibilidade de estar aqui, cruzando fronteiras e existindo na minha potencialidade. Sem eles nada seria possível. Aos Orixás por me salvarem, pelas graças, ensinamentos e por guiarem a minha vida com a intenção que meu caminho merece. As minhas duas avós Maria de Lourdes e Waldete, que não estão mais nesse plano, mas que sempre me ensinaram através do amor do quão grandiosa eu sou.

Cruzar fronteiras territoriais, físicas e emocionais não é uma tarefa fácil, e sempre fui incentivada a acreditar em mim e no meu caminho, onde quer que eu esteja. A minha família eu agradeço por isso. Sou feliz por ter crescido em uma família com mulheres fortes, generosas, bondosas e mais diversos outros adjetivos que poderia escrever aqui. Com primos que tenho como irmãs e irmãos, aos quais dividi muitas alegrias. Diante disso tudo, sou sortuda por ter aprendido desde cedo que sempre tenho pra onde voltar, independente de onde meu corpo esteja.

A minha mãe eu agradeço por sempre apostar em mim e não soltar a minha mão, por me incentivar e me ensinar a ter firmeza nos passos. Obrigada por tudo mãe, pela vida até aqui com suas imensas alegrias, tensões, aprendizados e mudanças. Ao meu pai agradeço por me enxergar enquanto uma pessoa incrível e sempre exaltar isso.

Agradeço a Bahia e a Salvador, por me darem régua e compasso para seguir o meu destino. Sou muito orgulhosa de ter crescido nesse território, e ter construído tantas relações bonitas onde o amor é algo central e inegociável.

Gostaria de agradecer também aos amigos-amores que fiz em Recife durante esse percurso que me fizeram sentir acolhida, amada e compreendida. Marcelo, Marcos, Enoana e João, que se tornaram meus amigos para além da residência e hoje fazem parte da minha vida. Obrigada por tudo e todos os momentos compartilhados juntos. Juliana, Alisson, Sarah e Natália obrigada por serem porto seguro no meu caminho e me proporcionarem tantas coisas boas e bonitas. Além dessas, várias outras pessoas também me atravessaram grandemente nesses dois anos, e a esses, sou grata por tanto afeto.

Aos grandes mestres que encontrei no caminho, deixo aqui meu eterno agradecimento, por confiarem em mim, no meu trabalho e no meu potencial. Por apoiarem as minhas ideias e serem sensíveis com o que proponho. Com certeza, ter

encontrado pessoas tão comprometidas, contribuiu muito para minha formação enquanto pessoa e profissional.

Por fim, e não menos importante, agradeço a mim mesma pela coragem de enfrentar desafios pelos quais acredito que vale a pena. E valeu. A aposta que fiz em mim me transformou não só enquanto trabalhadora, mas ressignificou diversas partes de mim de forma muito verdadeira e bonita.

“(...) Descascou o medo, pra caber coragem”

-Liniker, *PsIU*, 2021.

## RESUMO

A residência em saúde é uma especialização que possibilita ao profissional uma formação prática orientada pelos princípios e diretrizes do SUS. As atividades desenvolvidas pelo residente ocorrem conforme a sua área de especialidade e de forma interdisciplinar, considerando o caráter múltiplo e diverso que caracteriza os serviços de saúde no Brasil. Embora represente um dispositivo essencial para a oferta de cuidado, a implementação do SUS ocorre em um país historicamente marcado por sistemas opressores, como a colonização e a escravização, que resultaram na vulnerabilização de diversos grupos populacionais, especialmente a população negra. Nesse contexto, torna-se fundamental a formulação e o fortalecimento de políticas públicas que contemplem as necessidades específicas desses grupos, assegurando o direito ao acesso integral aos diferentes sistemas de proteção social, incluindo o sistema de saúde. A coleta e o preenchimento do quesito raça/cor, instituído pela Portaria nº 344/2017 e obrigatório a todos os profissionais de saúde, é uma estratégia fundamental que visa fortalecer a identificação de desigualdades no acesso e monitorar doenças e agravos que afetam grupos populacionais específicos. Apesar do seu marco normativo, persistem dificuldades na efetivação desse mecanismo, sobretudo em decorrência do racismo institucional, por meio do qual as instituições, de forma implícita ou explícita, reproduzem práticas de exclusão e desigualdades baseadas em raça, refletindo, no âmbito do SUS e na produção e manutenção de iniquidades em saúde. Nesse contexto, a EPS constitui-se como uma proposta fundamental para qualificar e implementar as políticas públicas no país, por meio da reflexão crítica do processo de trabalho em saúde, possibilitando a desconstrução de práticas profissionais racistas. O estudo objetiva descrever e analisar a experiência de uma ação de EPS voltada à qualificação da coleta do quesito raça/cor junto a profissionais da APS no município de Camaragibe (PE), no período de 2024 a 2025.

**Palavras-chave:** SUS; população negra; Educação Permanente em Saúde

## ABSTRACT

Health residency is a specialization that enables professionals to receive practical training guided by the principles and guidelines of the Unified Health System (SUS). The activities developed by the resident occur according to their area of specialization and in an interdisciplinary manner, considering the multiple and diverse character that defines health services in Brazil. Although it represents an essential mechanism for the provision of care, the implementation of the SUS takes place in a country historically marked by oppressive systems such as colonization and enslavement, which resulted in the vulnerability of several population groups, especially the Black population. In this context, the formulation and strengthening of public policies that address the specific needs of these groups become fundamental, ensuring the right to comprehensive access to different systems of social protection, including the health system. The collection and completion of the race/color item, established by Ordinance No. 344/2017 and mandatory for all health professionals, is a fundamental strategy aimed at strengthening the identification of inequalities in access and monitoring diseases and conditions that affect specific population groups. Despite its normative framework, difficulties persist in the effective implementation of this mechanism, mainly due to institutional racism, through which institutions, in an implicit or explicit manner, reproduce practices of exclusion and race-based inequalities, reflecting, within the SUS, the production and maintenance of health inequities. In this context, Continuing Health Education (CHE) constitutes a fundamental proposal to qualify and implement public policies in the country through critical reflection on the health work process, enabling the deconstruction of racist professional practices. The study aims to describe and analyze the experience of a CHE action aimed at qualifying the collection of the race/color item among Primary Health Care professionals in the municipality of Camaragibe (PE), from 2024 to 2025.

**Keys Word:** SUS; black population; Continuing Education in Health

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCÃO	Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva
ACS	Agentes Comunitárias de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
CASPN	Coordenação de Atenção à Saúde da População Negra
CCBS	Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CPIIS	Congresso Pernambucano de Inovação e Integração em Saúde
CRMV	Conselho Regional de Medicina Veterinária
DGPET	Diretoria Geral de Políticas Estratégicas e Transversais
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EaD	Educação a Distância
EDPOPSUS	Educação Popular em Saúde
eAP	Equipe de Atenção Primária
eCR	Equipe de Consultório na Rua
eMulti	Equipe Multiprofissional
ENRS	Encontro Nacional de Residentes em Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
eSFR	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESPPE	Escola de Saúde Pública de Pernambuco
ESF	Estratégia Saúde da Família
GERES	Gerência Regional de Saúde
GESU	Grupo de Estudos em Saúde Única
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LGBTQIAPN+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexuais, Pansexuais e Pessoas Não Binárias
LNC	Lista Nacional de Notificação Compulsória
MEDTROP	Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical
PAS	Programação Anual de Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PSE	Programa Saúde na Escola
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RPAs	Regiões Político-Administrativas
RTs	Residências Terapêuticas
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SES-PE	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SINAN NET	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TED	Termo de Execução Descentralizada
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde Fluvial
UEPA	Universidade do Estado do Pará
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFRPE	Universidade Federal Rural de Pernambuco
USF	Unidade de Saúde da Família

## LISTAS DE FIGURAS

Figura 1- Reunião com ACS e reconhecimento do território de Camaragibe	19
Figura 2- Ações referentes ao Programa Saúde nas Escolas (PSE)	20
Figura 3- Material da EPS e reunião com a ESF DE Céu Azul e Timbi	20
Figura 4- Ações de educação em saúde com os usuários e outros profissionais da E-Multi	21
Figura 5- Reunião do Grupo Técnico de Sífilis Congênita e produção do Boletim Eletrônico	22
Figura 6- Atividade de busca ativa e Ficha de Notificação e Investigação por Animal Peçonhento	23
Figura 7- Novembro Negro” na UBS João Paulo	24
Figura 8- Roteiro de Inspeção em Clínicas Veterinárias e reuniões para ajustes	26
Figura 9- Inspeções sanitárias em estabelecimentos de saúde	26
Figura 10- Alimentos vencidos e mal conservados e estruturas precárias em supermercados	27
Figura 11- Integração ensino-serviço na APS e articulação com a Coordenação das Residências Terapêuticas em UBS do território III	28
Figura 12- Dinâmica “Na Pele do Outro” e dinâmica “Cuidando do Cuidador”	29
Figura 13- Reunião do Conselho Municipal de Saúde e Conferências do município de Camaragibe	30
Figura 14- Reuniões entre a gestão da APS e outros setores da RAS	31
Figura 15- Apresentação de encerramento no setor da gestão da APS	31
Figura 16- Reunião de categorias entre os profissionais médicos veterinários inseridos em Camaragibe	33
Figura 17- Reuniões de alinhamento entre a ESPPE e a CASPN	35
Figura 18- Reuniões do Comitê Estadual de Saúde da População Negra	36
Figura 19- Oficinas Regionais Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)	37
Figura 20-Reuniões com a presença da CASPN	39
Figura 21- Ação no município de Serra Talhada e o XIII Encontro Estadual de Saúde da População Negra, respectivamente	40
Figura 22- III Encontro de Saúde Quilombola de Pernambuco	41

Figura 23- Participações nos eventos ESU, I Mostra de Camaragibe e 14° ENRS, respectivamente	42
Figura 24- Apresentação de trabalho no SENAPOPOP e reuniões do grupo de estudo Raça, Gênero e Saúde da Fiocruz Pernambuco	43
Figura 25- Participação no 60º MEDTRO, 14º ABRASCÃO e no CPIIS, respectivamente	45
Figura 26- Encontros mensais dos residentes em pontos turísticos do estado de Pernambuco	46
Figura 27- Folder explicativo sobre a coleta e o preenchimento do quesito raça/cor na APS	57

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO I: RELATÓRIO DE ATIVIDADES - RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE EM MEDICINA VETERINÁRIA - SAÚDE ANIMAL INTEGRADA A SAÚDE HUMANA - SAÚDE COLETIVA</b> .....	<b>14</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2. ATIVIDADES TEÓRICAS E TEÓRICO-PRÁTICAS</b> .....	<b>16</b>
<b>3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS</b> .....	<b>16</b>
3.1 Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe .....	16
3.1.1 Equipe Multiprofissional (e-Multi) .....	17
3.1.2 Vigilância Epidemiológica .....	22
3.1.3 Vigilância Sanitária .....	25
3.1.4 Gestão da Atenção Primária à Saúde .....	27
3.1.5 Reunião de Categoria entre os profissionais .....	32
3.2 Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) .....	33
3.2.1 Escola de Saúde Pública de Pernambuco .....	34
3.2.2 Coordenação de Atenção à Saúde da População Negra .....	37
3.3 Participações em encontro/simpósios/congressos/grupos de estudos .....	41
3.4 Tarja Branca .....	45
<b>CAPÍTULO II: MUITO ALÉM DO DADO: PRODUÇÃO DE SENTIDOS SOBRE O QUESITO RAÇA/COR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b> .....	<b>47</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>48</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>50</b>
2.1 Objetivo geral .....	50
2.1.1 Objetivos específicos .....	50
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>51</b>
3.1 Contexto histórico da saúde da população negra no Brasil .....	51
3.2 A criação do Sistema Único de Saúde .....	52
3.3 Racismo institucional e saúde da população negra .....	53
3.4 A PNSIPN e o quesito raça/cor no SUS .....	54
3.5 A EPS como estratégia para a efetivação do SUS e da PNSIPN na APS .....	55
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	<b>56</b>
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>58</b>
5.1 Compreensão dos profissionais sobre a coleta e o preenchimento do quesito raça/cor .....	58
5.2 Desconfortos dos profissionais e usuários ao dialogar sobre raça e racismo .....	60
5.3 Reconhecimento racial dos trabalhadores a partir da EPS .....	61
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	<b>62</b>
<b>7. CONCLUSÃO</b> .....	<b>68</b>
<b>8. REFERÊNCIAS</b> .....	<b>69</b>
<b>9. ANEXOS</b> .....	<b>79</b>

**CAPÍTULO I: RELATÓRIO DE ATIVIDADES - RESIDÊNCIA EM ÁREA  
PROFISSIONAL DA SAÚDE EM MEDICINA VETERINÁRIA - SAÚDE ANIMAL  
INTEGRADA A SAÚDE HUMANA - SAÚDE COLETIVA**

## 1. INTRODUÇÃO

A Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, institui as Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, modalidade de especialização que garante ao profissional a inserção nos serviços de saúde, com caráter interdisciplinar, estruturado de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Os profissionais que ingressam nesses programas, prioritariamente, atuam em regiões estratégicas e as vagas são disponibilizadas conforme as especialidades e os campos de atuação voltados à oferta do cuidado à população.

O Programa de Residência em Saúde Animal Integrada à Saúde Pública, com ênfase em Saúde Coletiva, da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), se apresenta como um curso de pós-graduação lato sensu direcionado para profissionais graduados em Medicina Veterinária. O projeto tem duração de dois anos e tem suas atividades distribuídas entre 1.152 horas de atividades teóricas (20%) e 4.608 horas de atividades práticas (80%), totalizando 5.760 horas (100%), com dedicação mínima de 60 horas semanais.

Como campo de prática, o programa desenvolve-se, predominantemente, nas Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de Camaragibe e Recife, bem como em outros serviços de saúde que integram a rede do estado de Pernambuco. Quando solicitado, o residente pode atuar em outras secretarias municipais de saúde, desde que estejam inseridos no objetivo de aprendizagem de formação.

No campo de prática o residente tem suas atividades supervisionadas pelo preceptor, que é o profissional inserido no SUS responsável por acompanhar, orientar e avaliar o processo de formação em serviço. Ademais, o discente dispõe de um tutor/orientador vinculado à UFRPE, responsável por ofertar apoio acadêmico e auxiliar na construção do Trabalho de Conclusão do Curso.

Nesse contexto, a residência em saúde configura-se como um importante dispositivo de formação em serviço, contribuindo para o desenvolvimento de profissionais críticos, éticos e comprometidos, alinhados aos princípios e diretrizes do SUS e preparados para enfrentar os desafios do cotidiano dos serviços.

## **2. ATIVIDADES TEÓRICAS E TEÓRICO-PRÁTICAS**

Nos primeiros dois meses da residência, foram desenvolvidas atividades teóricas e teórico-práticas, correspondentes a 20% da carga horária. Nesse período inicial, os residentes ainda não haviam começado as suas atividades nos serviços de saúde, dedicando-se exclusivamente ao cumprimento das disciplinas ofertadas. As aulas teóricas eram ministradas nas dependências da UFRPE e contaram com a presença de egressos do programa, além de profissionais do SUS, que posteriormente seriam os preceptores dos residentes após a conclusão das disciplinas.

As atividades teórico-práticas correspondiam a ações desenvolvidas em outros ambientes, como a territorialização do bairro de Dois Irmãos, localizado no entorno da UFRPE. Nesse momento, os discentes dirigiram-se ao território e realizaram visitas a diferentes equipamentos e estruturas locais, com o objetivo de reconhecê-los, bem como identificar as potencialidades e os entraves presentes na localidade. Essa prática mostrou-se de grande relevância, pois possibilitou aos residentes vivenciar o território para além do espaço acadêmico, compreendendo as dinâmicas sociais, econômicas e sanitárias que o atravessam, além de favorecer uma aproximação concreta com os determinantes sociais da saúde.

Ademais, conforme estabelecido no regimento interno, foram ofertadas as seguintes disciplinas obrigatórias: Bioética e Ética Profissional em Medicina Veterinária, Bioestatística, Epidemiologia e Medicina Veterinária Preventiva, Metodologia Científica, Integração Ensino e Serviço e Políticas Públicas de Saúde.

## **3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

### **3.1 Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe**

Localizada na sede da Prefeitura Municipal de Camaragibe, na Avenida Belmino Correia, nº 3038, bairro Timbi, Camaragibe-PE, CEP 54768-000, a Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe é o órgão responsável pelo planejamento, coordenação, gestão e execução das políticas públicas de saúde no município, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), visando à promoção, proteção e recuperação da saúde da população camaragibense.

O município de Camaragibe possui uma extensão territorial de aproximadamente 51,321 km<sup>2</sup> e uma população de 147.771 habitantes,

caracterizando-se predominantemente como um município urbano, embora parte de seu território apresente características campestres (IBGE, 2022).

A localidade é composta por 29 bairros, organizados em 5 Regiões Político-Administrativas (RPAs), cuja divisão territorial corresponde também à organização dos territórios de saúde, orientando o planejamento e a gestão das ações e serviços no âmbito municipal (CAMARAGIBE, 2006).

O desenvolvimento profissional e o processo de aprendizagem de um residente de Saúde Coletiva inserido na Rede de Atenção à Saúde (RAS) municipal é de extrema importância, pois permite a compreensão do SUS em sua totalidade, complexidade e diversidade. Tais características se expressam de forma mais intensa em municípios como Camaragibe, que, por integrarem a Região Metropolitana, apresentam elevada densidade populacional, grande volume de demandas espontâneas e intensos fluxos intermunicipais de usuários (Ianni et al., 2012).

Ademais, esse cenário proporciona ao residente um maior entendimento da gestão em saúde direcionada a populações que vivenciam grandes vulnerabilidades sociais e que são fortemente atravessadas pelos determinantes sociais em saúde (DSS). Essa vivência contribui para a construção de uma formação crítica, ética e comprometida com a equidade e com a garantia do direito universal à saúde.

A atuação na Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe se deu do mês de maio de 2024 até o mês de julho de 2025, possibilitando experiências na Equipe Multiprofissional (E-multi), vigilância em saúde e gestão da Atenção Primária à Saúde (APS).

Agregado a isso, o processo formativo incluiu a participação em formações intersetoriais envolvendo o controle social, o financiamento do SUS, secretarias com foco em políticas de equidade, bem como outros espaços e serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde de Camaragibe.

### **3.1.1 Equipe Multiprofissional (e-Multi )**

De acordo com a Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, as Equipes Multiprofissionais estão inseridas na APS e representam uma complementaridade aos demais componentes desse nível de atenção. O seu escopo está estruturado na ampliação da oferta e na qualificação do cuidado integral em saúde nos territórios, de acordo com os princípios e diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017).

Esse apoio se direciona às Equipes de Saúde da Família (eSF), às Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR), às Equipes de Consultório na Rua (eCR), às Equipes de Atenção Primária (eAP) e às equipes de Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF). A atuação ocorre de forma colaborativa, por meio do compartilhamento de saberes e da construção conjunta de estratégias de cuidado, contribuindo para o fortalecimento da coordenação do cuidado no âmbito da APS.

A E-Multi é composta por uma variedade de categorias profissionais, provenientes de diferentes áreas do conhecimento, com o intuito de promover uma atenção à saúde multidisciplinar, interprofissional e integrada com outros equipamentos de saúde e de outros setores (educação, serviço social, cultura, lazer, esporte, entre outros).

Dentre os seus principais objetivos e diretrizes se destacam a mitigação da fragmentação do cuidado e a busca pela oferta de cuidado pautada em diversas atuações como a assistência, prevenção, promoção, vigilância e formação em saúde. Nesse sentido, as abordagens escolhidas para o desenvolvimento do processo de trabalho devem ser orientadas a partir da demanda em questão, não se limitando somente às ações assistenciais.

Durante os meses de maio até outubro de 2024, a residente integrou a E-Multi do território de saúde III do município de Camaragibe, juntamente com mais outros oito profissionais (dois educadores físicos, uma fonoaudióloga, uma nutricionista, duas fisioterapeutas, uma psicóloga e uma psiquiatra). A equipe é responsável pela oferta de cuidado a nove Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Camaragibe (Céu Azul, Borralho, Celeiro, Expansão Timbi, Timbi, João Paulo II, Santana, Paulo Afonso e São João São Paulo).

No primeiro mês de junho, as atividades da residente concentraram-se principalmente no reconhecimento do território, na integração com os profissionais da E-multi e da Equipe de Saúde da Família (USF), além da compreensão dos processos de trabalho, por meio da participação em discussões de casos, atendimentos compartilhados, reuniões de equipe e grupos de saúde desenvolvidos pela unidade.

Para reconhecimento, foram realizadas reuniões com Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) de algumas UBS, no intuito de coletar informações territoriais e sanitárias acerca das áreas de Camaragibe (Figura 1). Esse processo possibilitou melhor entendimento das potencialidades e necessidades de saúde das localidades,

possibilitando a elaboração de intervenções e atividades práticas de forma mais direcionada e precisa.

Figura 1- Reunião com as Agentes Comunitárias de Saúde e reconhecimento do território de Camaragibe.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

No mês de julho a residente finalizou o curso “Aspectos sociais e cuidados em saúde para a população negra” ofertado pela Coordenação de Atenção à Saúde da População Negra (CASPN) juntamente com a Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE), além da produção de um material educativo em formato de folder intitulado “A coleta e o preenchimento do quesito raça/cor na Atenção Primária à Saúde” como produto da formação.

Ainda no mês de julho, foram realizadas visitas domiciliares nas áreas adscritas às UBS, com o intuito de identificar demandas de saúde, oferecer apoio técnico aos usuários e às equipes de saúde de acordo com a formação do residente, bem como fortalecer o vínculo com a população. As principais necessidades identificadas estavam relacionadas a usuários em suposta situação de acumulação de objetos ou animais.

O Programa Saúde na Escola (PSE) também integrou o escopo das atividades desenvolvidas no mês de julho. Trata-se de uma política intersetorial que articula a Rede de Atenção à Saúde e a Rede de Educação, com o objetivo de promover ações pedagógicas em saúde voltadas a crianças, adolescentes, jovens e adultos vinculados ao sistema público de ensino (BRASIL, 2007).

Nesse contexto, a residente realizou uma dinâmica com a temática “Covid-19 e Arboviroses” junto a estudantes das redes municipais e estaduais do ensino fundamental de Camaragibe, objetivando à promoção da educação em saúde e à prevenção de doenças (Figura 2). Outra ação desenvolvida junto ao PSE foi o “Teatro de Fantoches- Arboviroses” direcionada para crianças da educação infantil do município, sendo realizada 3 edições.

Figura 2- Ações referentes ao Programa Saúde nas Escolas.



Fonte: arquivo pessoal, 2024.

Além disso, a residente atuou na facilitação de grupos com usuários nas UBS, desenvolvendo ações educativas sobre autocuidado em saúde e boas práticas de higiene e segurança alimentar. Na finalização do mês, houve participações em conferências municipais, colaborando para a ampliação da compreensão do funcionamento do SUS.

No início do mês de agosto, iniciou-se o desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) voltadas à coleta e ao correto preenchimento do quesito raça/cor na Atenção Primária à Saúde, a partir do material educativo elaborado no mês de julho. Essas ações foram realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, conforme a disponibilidade de cada unidade, e contaram com a participação de todos os profissionais a elas vinculados. Nesse espaço, foram discutidos diversos aspectos relacionados à temática, com o objetivo de fortalecer a promoção da equidade racial e a formação crítica dos trabalhadores da saúde acerca da saúde da população negra (Figura 3).

Figura 3- Material da Educação Permanente em Saúde e reunião com a ESF de Céu Azul e Timbi



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

Nos meses de setembro e outubro, a residente deu continuidade às ações de Educação Permanente em Saúde nas UBS do Território III. Paralelamente, foram desenvolvidas e executadas outras atividades inseridas nos processos de trabalho cotidianos da APS, tais como visitas domiciliares, atendimentos compartilhados e a realização de diversas ações de educação permanente e continuada em saúde direcionadas a profissionais e usuários, orientadas pelos princípios da interprofissionalidade e pela qualificação da oferta do cuidado (Figura 4).

Figura 4- Ações de educação em saúde com os usuários e outros profissionais da Equipe Multiprofissional.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

Mensalmente, ocorriam reuniões com todas as E-multi do município de Camaragibe, em conjunto com a gestão da Atenção Primária à Saúde, com o intuito de aprimorar os processos de trabalho e dar resolutividade às demandas que se apresentam no cotidiano do desenvolvimento das atividades.

Em alguns desses encontros, os residentes apresentavam as atividades de maior relevância desenvolvidas durante as suas práticas. Neste sentido, durante a sua vivência na E-Multi, a residente realizou uma exposição sobre o folder desenvolvido a partir do curso ofertado pela ESPPE em conjunto com a CASPN, abordando temas como racismo estrutural e acesso integral da população negra ao SUS.

A vivência junto à equipe E-Multi mostrou-se extremamente significativa, possibilitando a observação direta da potencialidade e da complexidade presentes na APS. Essa experiência contribuiu de forma expressiva para o fortalecimento da capacidade de enfrentamento e resolução de entraves cotidianos, bem como para o aprimoramento das práticas profissionais no trabalho colaborativo com outros trabalhadores e na relação com os usuários do SUS.

### 3.1.2 Vigilância Epidemiológica

Nos meses de novembro e dezembro, a residente iniciou o desenvolvimento das atividades no setor de Vigilância em Saúde do município de Camaragibe, órgão responsável por realizar monitoramentos, análises e intervenções nos riscos e agravos à saúde da população (BRASIL, 2018). O ponto de partida deu-se na Vigilância Epidemiológica, definida como:

conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não transmissíveis, e agravos à saúde. (BRASIL, 1990).

Nesse período a residente participou do Grupo Técnico de Sífilis Congênita em Camaragibe, que, após hiato durante a pandemia COVID-19, tinha como objetivo realizar tratativas dos casos que foram notificados durante este período de inatividade, para a confirmação ou descarte de Sífilis Congênita, visando a consistência e qualidade dos dados presentes no Banco do Sistema de Informações de Agravos e Notificações (SINAN NET).

As reuniões contavam com a presença de representantes das ESF responsáveis pela família no território, o técnico responsável pelo agravo no setor de Vigilância Epidemiológica, e o coordenador do Serviço de Atendimento Especializado (SAE), unidade focada no diagnóstico, promoção à saúde, tratamento e prevenção às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) (Figura 5). Essa ação também gerou a produção de um boletim eletrônico para divulgação dos casos discutidos no grupo, com a finalidade de repassar e documentar os resultados alcançados para outros setores da Rede de Atenção à Saúde.

Figura 5- Reunião do Grupo Técnico de Sífilis Congênita e produção do Boletim Eletrônico.



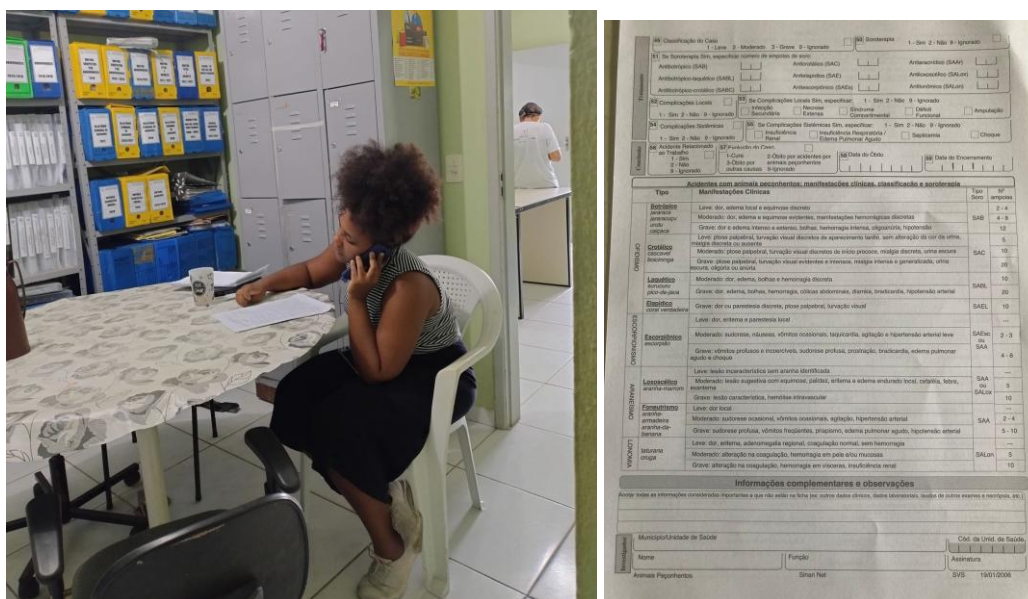
Fonte: arquivo pessoal, 2024.

Ao longo do desenvolvimento do grupo, foi observado um número expressivo de fragilidades no preenchimento da ficha de notificação e investigação da sífilis congênita, sendo necessária a realização de reajustes para melhor comunicação intersetorial. Desse modo, modificações foram feitas com o objetivo de potencializar a compreensão da ficha pelos profissionais de saúde presentes na APS, contribuindo para o fortalecimento do processo de notificação e aprimoramento dos registros.

Foram ainda realizadas atividades relacionadas às fichas de notificação e investigação de acidentes por animais peçonhentos, as quais apresentavam incompletudes de informações, sendo necessária sua complementação antes de serem incorporadas ao SINAN NET (Figura 6). Para resolução dessas inconsistências no preenchimento, eram feitas buscas ativas junto aos usuários, com o objetivo de qualificar os registros e assegurar a fidedignidade das informações notificadas.

Segundo a Portaria Nº 2.472 de 31 de agosto de 2010, este agravo está incluído na Lista Nacional de Notificação Compulsória (LNC) do Brasil, sendo considerado um dos agravos mais notificados no SINAN de interesse à saúde pública, principalmente devido à característica de acometer as populações residentes em áreas mais vulnerabilizadas.

Figura 6- Atividade de busca ativa e Ficha de Notificação e Investigação por Animal Peçonhento.



Fonte: arquivo pessoal, 2024.

Paralelamente às atividades que estavam sendo executadas na Vigilância Epidemiológica, foi desenvolvida uma ação intitulada “Novembro Negro” na UBS João Paulo II (Figura 7). Essa ocasião foi conduzida durante uma manhã e envolveu profissionais da E-Multi, usuários, a ESF e um mestre de cultura popular, de representatividade local e nacional, atuante na valorização da cultura da população negra: Mestre Zé Negão.

O dia 20 de novembro corresponde ao Dia da Consciência Negra, em alusão à morte de Zumbi dos Palmares, líder do Quilombo dos Palmares, e simboliza a luta da população negra contra a escravização, o racismo e as desigualdades históricas, sendo marcado pela realização de eventos simbólicos ao longo de todo o mês. Desse modo, o evento buscou abordar aspectos relacionados aos processos de vida, saúde e doença da população negra, promovendo a conscientização acerca da importância do autocuidado e possibilitando a discussão sobre o racismo estrutural e suas consequências na sociedade e no acesso à saúde.

Inicialmente, foi realizada uma aula teórico-prática com o educador físico, abordando a consciência corporal e seus benefícios, com enfoque especial na população idosa. Em seguida, a médica da UBS, mulher negra, e o Mestre Zé Negão compartilharam com os presentes suas histórias de vida, possibilitando o diálogo coletivo e fortalecendo o senso de responsabilidade social no enfrentamento às variadas formas de racismo.

Figura 7- “Novembro Negro” na Unidades Básicas de Saúde João Paulo II.



Fonte: arquivo pessoal, 2024.

O rodízio vivido na Vigilância Epidemiológica garantiu uma maior expertise em relação ao tratamento de dados de saúde e sua importância para o desenvolvimento de políticas públicas. Ademais, os processos de trabalho desenvolvidos nesse setor

possibilitaram o conhecimento de outros sistemas que compõem o SUS, como o SINAN NET, bem como compreender melhor sobre a coleta, o processamento e a análise sistemática de dados de saúde.

### **3.1.3 Vigilância Sanitária**

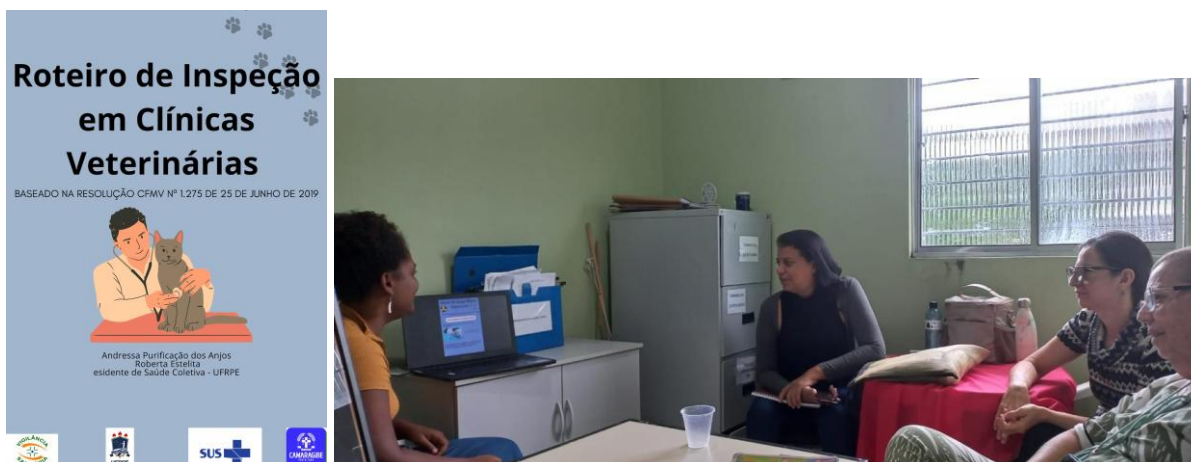
Nos meses de fevereiro, março e até meados de abril a residente vivenciou o setor da Vigilância Sanitária, que é definido como:

conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde. Abrange a prestação de serviços e o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo e descarte (BRASIL, 1990).

Uma das principais atividades executadas foi a elaboração de um roteiro para inspeção em clínicas veterinárias no município de Camaragibe, fundamentado na Resolução do CRMV nº 1.275, de 25 de julho de 2019 (Figura 8). Esse documento estabelece os critérios de funcionamento desses estabelecimentos, fornecendo embasamento legal para a atuação dos órgãos públicos no processo de fiscalização.

Para a construção desse dispositivo foram realizadas reuniões com as inspetoras sanitárias do município de Camaragibe, com o intuito de apresentar o conteúdo e realizar ajustes quando necessário. Nesses momentos eram desenvolvidas discussões técnicas e consultas em outros normativos legais, como Código de Saúde do Município de Camaragibe (Lei Municipal nº 49/1998) e o Código Sanitário de Pernambuco (Lei nº 13.700/2008), além de suas atualizações, visando garantir a conformidade legal, a adequação à realidade local e a harmonização do roteiro com a legislação sanitária vigente.

Figura 8- Roteiro de Inspeção em Clínicas Veterinárias e reuniões para ajustes.



Fonte: arquivo pessoal, 2025.

A maioria das ações realizadas no setor de Vigilância Sanitária no período da vivência da residente eram relacionadas à fiscalização de estabelecimentos de serviços de saúde e de alimentos, com a finalidade de conceder ou renovar a licença sanitária, ou para cumprir demandas espontâneas de denúncias provenientes da população do município.

As inspeções sanitárias em unidades de saúde ocorreram majoritariamente em farmácias, consultórios odontológicos e em laboratórios de próteses dentárias (Figura 9). As principais demandas em relação a esses estabelecimentos estavam relacionadas a inadequações higiênico-sanitárias e a ausência de utensílios necessários para o seu pleno funcionamento.

Figura 9- Inspeções sanitárias em estabelecimentos de saúde.



Fonte: arquivo pessoal, 2025.

As fiscalizações nos setores alimentícios ocorriam mediante denúncias espontâneas realizadas pela população no setor de Vigilância em Saúde. Grande contingente dessas demandas eram relacionadas à venda de alimentos vencidos ou mal conservados, os quais eram apreendidos e destinados ao descarte, bem como em relação à presença de estruturas precárias, apresentando risco de vida para os trabalhadores e consumidores (Figura 10).

Figura 10- Alimentos vencidos e mal conservados e estruturas precárias em supermercados.



Fonte: arquivo pessoal, 2025.

Essas intervenções resultaram em interdições, notificações, autuações e orientações técnicas, de acordo com a gravidade das irregularidades identificadas, em conformidade com a Lei Federal nº 6.437/1977, que dispõe sobre infrações à legislação sanitária federal e estabelece as suas sanções.

O período de residência na Vigilância Sanitária possibilitou um aprofundamento sobre a atuação dos inspetores sanitários no SUS, desmistificando estigmas referentes a uma percepção social punitiva e agregando experiências de ações educativas, pautadas na proteção da saúde pública e prevenção de riscos. Além disso, o fato de todas as profissionais desse setor serem mulheres, evidencia um aspecto importante sobre enfrentamento às desigualdades de gênero, diante de uma profissão historicamente associada a posições masculinas.

### **3.1.4 Gestão da Atenção Primária à Saúde**

A gestão da APS está sob a responsabilidade do município e constitui um complexo e importante desafio para a administração pública da Rede de Atenção à Saúde. Essa característica se dá devido à alta demanda de processos de trabalhos

relacionados ao gerenciamento de pessoas, de materiais e processos e de recursos financeiros, atrelados à responsabilidade de garantir acesso universal, equânime e integral para toda população (Pires et al., 2019).

De abril até julho de 2025, a residente desenvolveu seu período de residência nesse setor, executando suas atividades juntamente com a administração das UBS dos territórios III e V. As ações alternavam-se entre atividades externas, realizadas nas UBS ou em outros dispositivos da RAS de Camaragibe, e atividades internas, incluindo reuniões com gestores, trâmite documental e coordenação de procedimentos.

Inicialmente, juntamente com o gestor do território III, foi elaborado um projeto que tinha como objetivo potencializar a integração ensino-serviço na APS (Figura 11). Essa proposta visava fortalecer o processo de trabalho entre estagiários e estudantes de pós-graduação com as ESF, por meio de apresentações finais das atividades ao término do serviço, com a finalidade de compartilhar resultados e aprendizados com a equipe.

Além disso, essa estratégia funcionou como um sistema de aprendizagem, permitindo a análise e reflexão sobre a contribuição mútua dos profissionais para sua própria formação e para o fortalecimento das práticas no SUS.

Outra ação desenvolvida neste âmbito foi o processo de integração entre a Coordenação das Residências Terapêuticas (RTs) e a UBS Timbi, no território III, cuja área de abrangência conta com diversas RTs, onde são atendidos usuários egressos de hospitais psiquiátricos de longa permanência. Essa ação foi importante para alinhar estratégias de saúde e fortalecer o trabalho intersetorial (Figura 11).

Figura 11- Integração ensino-serviço na APS e articulação com a Coordenação das Residências Terapêuticas em Unidades Básicas de Saúde do território III.



Fonte: arquivo pessoal, 2025.

O “Cuidando do Cuidador” é um projeto da gestão da APS que pôde ser desenvolvido pela residente juntamente com o apoio dos gerentes de território nos meses em questão (Figura 12). Nessa proposta, momentos de descanso e desconpressão eram oferecidos aos profissionais de saúde da ESF, com a finalidade de promover o bem-estar físico e mental e fortalecer a saúde do trabalhador. A profissional residente organizou e coordenou o desenvolvimento da intervenção, aprofundando-se nas responsabilidades de um gestor.

A dinâmica “Na Pele do Outro” foi elaborada e executada pela residente na UBS do território IV, a pedido da gerente responsável pela respectiva área de saúde (Figura 12). O objetivo era estimular a empatia e a compreensão das desigualdades raciais no cotidiano da saúde, através da escuta e da troca de experiências. A ideia era que os participantes se colocassem no lugar de usuários em diferentes contextos raciais e sociais. Isso promoveu uma reflexão crítica e afetiva.

Figura 12- Dinâmica “Na Pele do Outro” e dinâmica “Cuidando do Cuidador”



Fonte: arquivo pessoal, 2025.

No ano de 2025 deu-se início a algumas Conferências Municipais, sendo configurada como etapa fundamental e preparatória para as conferências estaduais e nacionais, garantindo a participação e controle social na administração pública (Teixeira et al., 2005). A profissional em formação participou das Conferências Municipais de Saúde, Assistência Social, Igualdade Racial e de Políticas para as Mulheres em Camaragibe (Figura 13).

Esses momentos foram de grande relevância para o aprofundamento do funcionamento do SUS e para compreender a importância da participação popular na formulação de políticas públicas. Ademais, algumas reuniões do Conselho Municipal de Saúde do Município ocorreram nesse período, viabilizando a observação e a aprendizagem quanto às práticas de gestão, deliberação e participação social na saúde municipal (Figura 13).

Figura 13- Reunião do Conselho Municipal de Saúde e Conferências do município de Camaragibe.



Fonte: Arquivo pessoal, 2025.

Na gestão da APS, ocorriam semanalmente reuniões entre os gerentes de território e outros setores da Rede de Atenção à Saúde, com o objetivo de alinhar condutas e protocolos assistenciais. Um desses momentos ocorreu com o setor de Vigilância Epidemiológica, voltado ao repasse de orientações sobre o preenchimento incompleto das fichas de notificação e investigação provenientes das UBS, visando à construção de estratégias para qualificar o processo de trabalho e aprimorar a obtenção de dados (Figura 14).

Outra articulação foi com o Ambulatório LGBT Darlen Gasparelly, dispositivo de saúde do município de Camaragibe, que tem como objetivo garantir o acesso integral à saúde dessa população, contribuindo para o enfrentamento do preconceito institucional, em consonância com a Portaria Nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, que Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Figura 14). Nesse momento foi proposta uma maior integração intersectorial para o fortalecimento da linha de cuidado para o público LGBTQIAPN+.

A residente também acompanhou reuniões relacionadas aos novos indicadores do componente de qualidade do cofinanciamento federal da APS do SUS (Figura 13). A finalidade desses referenciais está relacionada à orientação de profissionais e gestores quanto ao padrão esperado do cuidado, possibilitando a identificação de lacunas nas ações desenvolvidas e contribuindo para o planejamento e a qualificação dos serviços de saúde nos territórios (Brasil, 2025).

Figura 14- Reuniões entre a gestão da Atenção Primária à Saúde e outros setores da Rede de Atenção à Saúde.



Fonte: arquivo pessoal, 2025.

As ações de EPS sobre a coleta e o preenchimento do quesito raça/cor na APS que se iniciaram na E-Multi, continuaram durante o período de vivência na gestão nos territórios III e V. Ao todo, essas ações foram desenvolvidas em 17 UBS, a maioria com a presença de todos os profissionais da ESF, visando a construção do cuidado em saúde de forma mais equânime, baseada na promoção da justiça social e no enfrentamento das iniquidades raciais em saúde.

Por fim, foi realizada uma apresentação de encerramento para os gerentes de território e a diretora da APS, na qual foi exposto um panorama de todas as ações desenvolvidas durante a sua atuação nesse setor (Figura 15). Esse momento foi marcado pelo compartilhamento de devolutivas e a reafirmação da importância que a formação do SUS tem para os estudantes de pós-graduação, assim como a presença desses profissionais no serviço também revitaliza e reconstrói os processos de trabalho em saúde.

Figura 15- Apresentação de encerramento no setor da gestão da Atenção Primária à Saúde.



Fonte: arquivo pessoal, 2025.

O aprendizado prático na gestão da APS foi significativo pois permitiu à residente observar mais atentamente o funcionamento da administração pública do SUS municipal, bem como seus entraves e potenciais. Além disso, as relações interpessoais e a comunicação assertiva eram fundamentais nesse setor, contribuindo para o aprimoramento dessas práticas.

### **3.1.5 Reunião de Categoria entre os profissionais**

A E-multi do Território I do município de Camaragibe conta com a atuação de um Médico-Veterinário, que se configura como o único profissional dessa categoria vinculado à RAS do município. A ausência de outros profissionais da mesma área limita a realização de discussões de caso específicas e o fortalecimento coletivo da categoria no âmbito da rede.

Diante desse cenário, os profissionais vinculados ao Programa de Residência em área Profissional de Medicina Veterinária da UFRPE, com campo de atuação em Camaragibe, reuniam-se periodicamente com o Médico-Veterinário para realização de ações de EPS, voltadas a atualizações e ao aperfeiçoamento de práticas profissionais no âmbito do SUS, bem como construções de atividades coletivas (Figura 16).

As discussões, realizadas nos anos de 2024 e 2025, tiveram como ponto de partida a apresentação das ações que desenvolvidas pelos residentes e o Médico-Veterinário do município, com o compartilhamento das potencialidades e entraves encontrados por cada profissional. Desse modo, o trabalho era realizado de forma compartilhada, fortalecendo a oferta do cuidado em saúde para os usuários do SUS.

Outras ações relevantes estavam relacionadas à oferta de momentos de EPS, normalmente guiadas por profissionais Médicos-Veterinários atrelados a setores da RAS de outros municípios. Um desses exemplos foi a realização de uma roda de conversa com o tema “Entre o invisível e o incontrolável: a complexidade das situações de acumular dores”, abordando perspectivas sobre o trabalho multiprofissional para garantir o cuidado em saúde de pessoas em situação de acumulação.

Esses espaços também eram marcados pela elaboração de estratégias para ampliar a valorização da presença do Médico-Veterinário no SUS, historicamente marcada pela baixa inserção desses profissionais na saúde pública (Souza, 2025).

As reuniões de categorias durante o período de residência, mostraram-se fundamentais para estruturar de maneira consistente e segura o processo de trabalho do residente enquanto Médico-Veterinário no SUS. Ademais, a promoção do trabalho colaborativo permite a formação de profissionais mais críticos, éticos e bem qualificados.

Figura 16- Reunião de categorias entre os profissionais Médicos-Veterinários inseridos em Camaragibe.



Fonte: arquivo pessoal, 2025.

### **3.2 Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE)**

A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco está localizada na Rua Vinte e Quatro de Agosto, 209, no Edifício Empresarial JMF e JQM, Torre 1, em Santo Amaro, Recife/PE. Este órgão, de competência estadual, é responsável por planejar, coordenar e executar as políticas e ações do SUS direcionadas à população pernambucana, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS.

O estado de Pernambuco possui uma extensão territorial de aproximadamente 98.311 km<sup>2</sup> e uma população de 9.058.155 habitantes, com 42% dessa população concentrando-se na Região Metropolitana, destacando-se como municípios mais populosos Recife, Jaboatão dos Guararapes, Petrolina e Caruaru (IBGE, 2022).

A gestão da SES-PE engloba a administração de 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES), com o objetivo descentralizar e coordenar o cuidado em saúde de forma mais estruturada, promovendo maior proximidade com os municípios. Além disso, a Secretaria coordena a rede estadual de serviços de saúde, abrangendo hospitais, programas e políticas públicas, vigilância em saúde e uma variedade de serviços, ações, programas e cursos voltados à promoção, prevenção e cuidado integral da população.

A experiência de um residente em setores da gestão de saúde de um estado, permite que ele desenvolva habilidades voltadas para a elaboração de estratégias para lidar com os desafios presentes na coordenação, considerando as diversidades sociais, culturais e epidemiológicas da população, a gestão de recursos, a articulação intersetorial e a tomada de decisões baseadas em evidências, contribuindo para a melhoria do cuidado à população e o fortalecimento do SUS.

A atuação na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco se deu do mês de agosto até dezembro de 2025, possibilitando experiências na Escola de Saúde Pública de Pernambuco e na Coordenação de Atenção à Saúde da População Negra (CASPN).

### **3.2.1 Escola de Saúde Pública de Pernambuco**

A ESPPE foi criada em 1998, com o objetivo de ofertar educação profissional e qualificação para gestores e trabalhadores do SUS de Pernambuco. Por meio da Lei nº 15.066/2013, foi institucionalizada a noção de escola de governo, com foco no fortalecimento da gestão de saúde do SUS e autonomia administrativa e financeira para desenvolvimento das atividades propostas. Atualmente ela está localizada na Rua Quarenta e Oito, 224 - Encruzilhada, Recife - PE.

A instituição oferece uma variedade de cursos e formações, de diferentes níveis e modalidades, a maioria com o apoio do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), caracterizada como plataforma digital utilizada para apoiar processos de ensino e aprendizagem, especialmente na Educação a Distância (EaD) e em ações de educação permanente. Além disso, também desenvolve ações de ensino, pesquisa e extensão no nível de pós-graduação, como a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Saúde, realizada de forma descentralizada no estado.

A atuação da residente na ESPPE se deu do mês de agosto de 2025 até o mês de outubro de 2025, possibilitando experiências no setor de Educação Permanente em Saúde, com foco no aprendizado para construção de cursos autoinstrucionais.

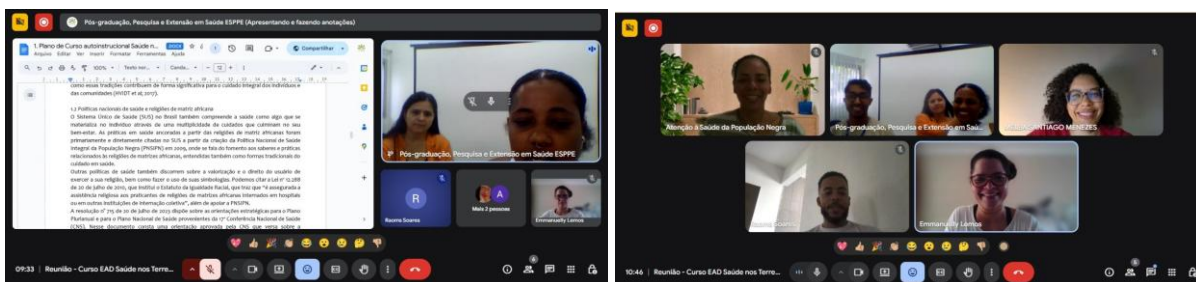
Antes de iniciar as atividades, foi realizada uma reunião com o intuito de apresentar a instituição para os residentes, seus objetivos e os profissionais ligados ao setor de EPS, bem como fomos instruídos a realizar o curso autoinstrucional intitulado "Gestão do trabalho e educação na saúde". Nesse momento também fomos

apresentados aos trabalhos em desenvolvimento, a partir dos quais foram identificadas as áreas de interesse para atuação de cada residente.

A residente atuou de forma central, durante todo seu período de vivência no setor, na construção do curso autoinstrucional intitulado “Saúde nos terreiros”, desenvolvido em parceria entre a ESPPE e a CASPN (Figura 17). O curso tem como objetivo abordar e reconhecer os aspectos dos cuidados em saúde relacionados às populações de terreiro, marcadas historicamente pela invisibilização e estigmatização sobre as suas práticas de cura. Ademais, ele visa desmistificar preconceitos e fortalecer a promoção da equidade em saúde, a partir de perspectivas de vida não hegemônicas.

Inicialmente a residente realizou a leitura de alguns materiais disponibilizados pela ESPPE para embasar a estruturação da justificativa do curso e a sua matriz curricular. Após esse momento, foram realizadas diversas reuniões para o alinhamento pedagógico, nas quais foram discutidas e implementadas modificações na proposta formativa. A escrita do material iniciou-se no período em que a residente atuava no setor EPS, sendo concluído durante sua inserção no setor da CASPN.

Figura 17- Reuniões de alinhamento entre a Escola de Saúde Pública de Pernambuco e a Coordenação de Atenção à Saúde da População Negra.



Fonte: arquivo pessoal, 2025.

No período em que estava na ESPPE, a residente teve a oportunidade de representar a instituição em duas reuniões do Comitê Estadual de Saúde da População Negra de Pernambuco (Figura 18). A primeira reunião foi realizada no Quilombo do Catucá na cidade de Camaragibe, com o intuito de discutir sobre a Política Estadual de Triagem Neonatal, suas potencialidades e desafios, nos termos da Lei nº 18.691, de 18 de setembro de 2024. O segundo encontro foi realizado no auditório da I GERES, com o objetivo de iniciar a revisão e modificações no regimento interno.

O Curso de Educação Popular em Saúde (EdPopSUS), enquanto estratégia de implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS, conforme a Portaria nº 2.761/2013, foi desenvolvido durante o ciclo de vivência da residente na ESPPE, configurando-se como um processo formativo voltado à valorização dos saberes populares, à participação social e ao fortalecimento das práticas de cuidado no território. Além disso, houve participação na revisão do curso autoinstrucional de letramento anticapacitista.

No final do mês de setembro, foi conduzida uma reunião de encerramento com a finalidade de falarmos sobre as nossas experiências no setor, os avanços e desafios identificados durante o processo de trabalho. Ademais, houveram contribuições dos profissionais em relação a nossa desenvoltura na EPS, alinhadas a um diálogo construtivo e formativo.

Figura 18- Reuniões do Comitê Estadual de Saúde da População Negra.



Fonte: arquivo pessoal, 2025.

Paralelamente às atividades desenvolvidas na ESPPE, a residente participou como facilitadora das Oficinas Regionais Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), em Pernambuco (Figura 19). Essa ação integra o Termo de Execução Descentralizada (TED) nº 166/2023, que visa apoiar tecnicamente estados e municípios na estruturação e fortalecimento da política.

Essa oficina ocorreu por meio da construção de DOMI (Diretriz, Objetivo, Meta e Indicador) voltados à saúde da população negra, com o propósito de subsidiar profissionais de saúde na orientação e no apoio a gestores(as) e equipes de saúde para a incorporação de ações voltadas à promoção da equidade racial nos Planos Municipais de Saúde (PMS) e nas Programações Anuais de Saúde (PAS), referentes ao ciclo 2026–2029. Tal iniciativa teve como finalidade contribuir para o avanço da

equidade no cuidado em saúde e para o enfrentamento das desigualdades é étnico-raciais existentes.

Por fim, a residente retornou ao município de Camaragibe a convite de um profissional da E-Multi, para dialogar com um grupo de usuárias do SUS sobre aspectos relacionados à saúde da população negra. Esse momento foi importante para fortalecer o diálogo acerca do enfrentamento ao racismo, ampliar a consciência sobre os seus impactos, e fomentar, junto ao grupo, o senso de responsabilidade social frente a essas questões.

Figura 19- Oficinas Regionais Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.



Fonte: arquivo pessoal, 2025.

A experiência profissional na ESPPE foi essencial para aprofundar os conhecimentos sobre a EPS, contribuindo para construção de um SUS mais equânime, pautados na justiça social e na valorização dos conhecimentos populares. A partir disso, o processo formativo do trabalhador direcionado para a administração pública torna-se mais crítica e contextualizado frente às diversas realidades do estado de Pernambuco.

### 3.2.2 Coordenação de Atenção à Saúde da População Negra

A CASPN foi criada em março de 2005 e está vinculada à Diretoria Geral de Políticas Estratégicas e Transversais (DGPET), responsável pela formulação, coordenação e implementação de políticas voltadas à promoção do cuidado integral à saúde de populações em situação de vulnerabilidade.

Nesse sentido, a CASPN atua na implantação e implementação de políticas públicas direcionadas à população negra, com o objetivo de elaborar e fortalecer estratégias que promovam a equidade em saúde, enfrentem o racismo institucional e

contribuam para a redução das desigualdades étnico-raciais no âmbito do SUS. A coordenação está localizada na sede da SES, porém também realiza atividades itinerantes em todo o estado de Pernambuco, contribuindo para a descentralização.

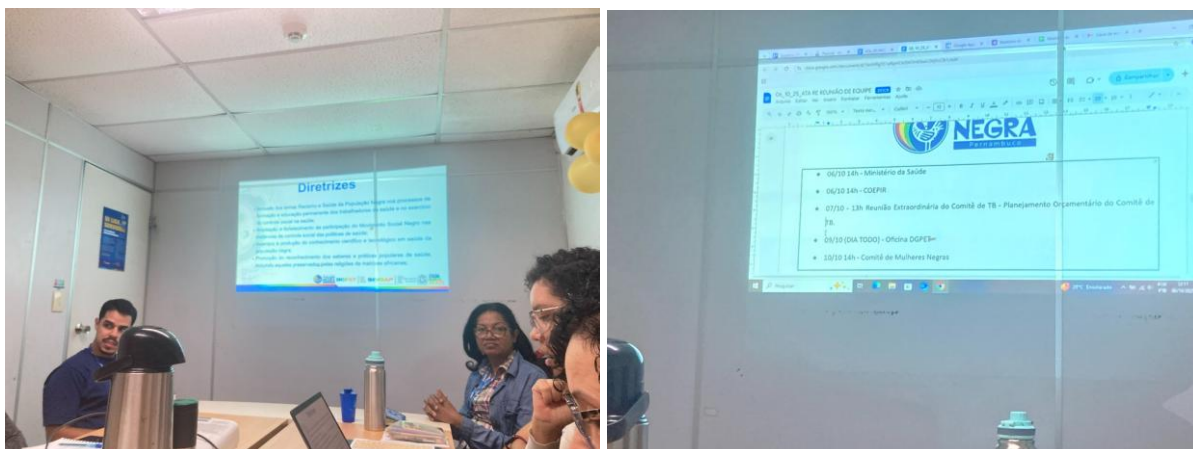
A residente atuou no setor no período de outubro a dezembro, e essa inserção também possibilitou a aproximação com outras coordenações que desenvolvem ações de caráter transversal, como a Coordenação de Povos e Comunidades Tradicionais, favorecendo a troca de saberes e a articulação intersetorial.

Inicialmente foi realizada uma reunião para apresentação da CASPN, os profissionais responsáveis por sua execução e seus objetivos. Ademais, foram sistematizadas e expostas todas as atividades que estavam sendo desenvolvidas na coordenação, possibilitando que os residentes identificassem aquelas com as quais mais se afinavam e nas quais desejavam atuar.

Uma das principais atividades que estavam sendo desenvolvidas pela residente eram relacionadas à continuidade da elaboração do curso “Saúde nos Terreiros”, que vinha sendo construído por meio de reuniões com a área técnica, contando também com a colaboração de outros residentes atuantes no setor. Outras atividades internas realizadas estavam associadas à observação e à contribuição na elaboração de respostas jurídicas sob responsabilidades da coordenação, aprimorando os conhecimentos nas áreas de gestão e planejamento em saúde.

Outras demandas institucionais envolviam a realização de reuniões semanais entre os profissionais atuantes na CASP, destinadas ao alinhamento do processo de trabalho, elaboração de propostas e ao repasse de informações referentes a pendências e encaminhamentos. As discussões técnicas também ocorriam entre outros setores, de forma focalizada ou ampliada, com a finalidade de realizar o levantamento e o mapeamento das ações desenvolvidas.

Figura 20- Reuniões com a presença da Coordenação de Atenção à Saúde da População Negra.



Fonte: arquivo pessoal, 2025.

No mês de novembro, a residente teve a oportunidade de participar de uma viagem institucional da CASPN, desenvolvida em articulação com a Coordenação de Povos e Comunidades Tradicionais, no município de Serra Talhada. Esse momento objetivou apoiar e qualificar profissionais de saúde da APS para a abordagem de questões relacionadas à saúde da população negra, contemplando os diferentes tipos de racismo e seus impactos na produção de iniquidades em saúde.

Além disso, essa iniciativa também possibilitou uma ampliação do conhecimento sobre os povos e comunidades tradicionais pelos trabalhadores do município, favorecendo a construção de práticas de cuidados em saúde mais sensíveis às especificidades culturais, territoriais e sociais desses grupos.

Em novembro a residente pôde contribuir para a elaboração e execução do XIII Encontro Estadual de Saúde da População Negra, que ocorreu em Recife e reuniu personalidades importantes do movimento negro e de povos de terreiro de Pernambuco, como Vera Regina Paula Baroni e Mãe Elza de YEMOJÁ. O evento, promovido, constituiu-se como um espaço estratégico de diálogo e articulação entre gestores, trabalhadores da saúde, pesquisadores, lideranças do movimento negro e representantes de povos de terreiro de Pernambuco.

O encontro teve como tema “Mulheridades Negras e suas Simbologias enquanto Expressão da Saúde” e foi composto por três palestras que abordaram temáticas diversas e de grande relevância atualmente, tais como o aumento da violência de gênero contra mulheres negras e a valorização das mulheres de terreiro. As discussões geradas no evento foram registradas por meio de um relatório, o qual

servirá de subsídio para a elaboração de políticas públicas voltadas à mitigação das desigualdades raciais no campo da saúde.

Figura 21- Ação no município de Serra Talhada e o XIII Encontro Estadual de Saúde da População Negra, respectivamente.



Fonte: arquivo pessoal, 2025.

A CASPN mantém um calendário de regular de reuniões do Comitê Estadual de Saúde da População Negra, configurado como um espaço focado no enfrentamento do racismo, análise de vulnerabilidades e promoção da equidade, por meio da participação de movimentos sociais e instâncias de controle social. Em continuidade às ações desenvolvidas na ESPPE, a residente acompanhou o processo de revisão e construção do novo regimento, além de ampliar sua articulação com sujeitos de diferentes setores engajados na luta antirracista.

Por fim, no mês de dezembro a residente foi convidada a atuar como mestre de cerimônia do III Encontro de Saúde Quilombola de Pernambuco, na cidade de Salgueiro (Figura 22). O III Encontro reuniu lideranças, profissionais de saúde e membros da comunidade, com destaque para a região de Conceição das Crioulas e Santana, que concentram um dos maiores territórios quilombolas de Pernambuco e do Nordeste.

O encontro favoreceu diversos debates e trocas de experiências acerca das condições de saúde da população quilombola, do acesso ao SUS e da valorização dos saberes e práticas tradicionais, contribuindo para o fortalecimento da participação social e para a construção de estratégias voltadas à equidade em saúde.

Para o encerramento da vivência na CASPN, foi promovida uma reunião com o intuito de compartilhamento de impressões, avaliação das atividades desenvolvidas e fortalecimento do processo de trabalho, por meio do diálogo coletivo e da construção conjunta de reflexões sobre as experiências vivenciadas ao longo do período.

A experiência no setor da CASPN proporcionou à residente uma visão ampliada em relação a administração estadual e a elaboração de políticas públicas, bem como seus trâmites para a sua execução. Ademais, estar com contato com o trabalho direcionado para populações vulnerabilizadas potencializa o compromisso ético, crítico e social do profissional em formação para atuar no SUS.

Figura 22- III Encontro de Saúde Quilombola de Pernambuco.



Fonte: arquivo pessoal, 2025.

### 3.3 Participações em encontro/simpósios/congressos/grupos de estudos

De acordo com a Resolução CNRMS nº 5, de 7 de novembro de 2014, a residência Multiprofissional e Uniprofissional em Saúde compreende, além das dimensões do ensino e do serviço, a produção do conhecimento como eixo estruturante da formação dos profissionais inseridos em programas de pós-graduação lato sensu.

Desse modo, a participação dos residentes em espaços como encontros, simpósios, congressos e grupos de estudos, torna-se essencial para consolidação de uma formação profissional integral e comprometida com a atualização constante para o fortalecimento das práticas em saúde

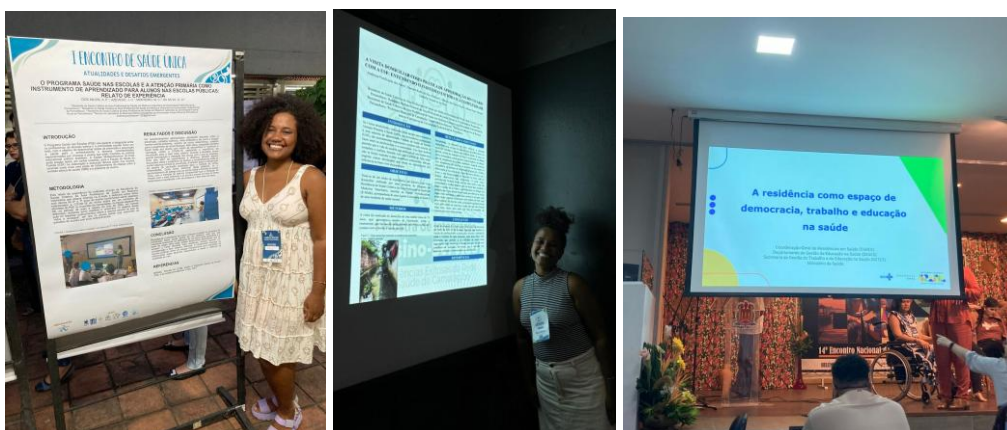
No mês de agosto de 2024, a residente participou do 14º Encontro Nacional de Residentes em Saúde (ENRS) realizado do dia 26 a 29 de agosto em Belém (Pará), sediado no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade do Estado do Pará (UEPA) (Figura). O encontro é realizado anualmente e desenvolve debates sobre melhorias e fortalecimento dos programas de residência do país, e consequentemente, do SUS. Neste evento a residente apresentou o trabalho intitulado “O matriciamento como ferramenta de transformação: o Médico-Veterinário e suas contribuições para a Atenção Básica”.

Em novembro de 2024, ocorreu o I Encontro de Saúde Única com o tema “Atualidades e Desafios Emergentes”, organizado pelo Grupo de Estudos em Saúde Única (GESU), vinculado ao curso de Medicina Veterinária da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE) (Figura 23). O evento teve como objetivo difundir os conhecimentos acerca da abordagem Saúde Única, a qual enfatiza a interdependência entre a saúde humana, animal, vegetal e ambiental visando ao equilíbrio dos ecossistemas e a garantia da saúde de todos os seres vivos.

O evento apresentou uma programação diversificada, incluindo palestras, submissão de trabalhos científicos, bem como minicursos, fundamentados em perspectivas interprofissionais, transdisciplinares e intersetoriais. Neste simpósio, a residente apresentou, como primeira autora, o trabalho intitulado “O programa saúde nas escolas e a atenção primária como instrumento de aprendizado para alunos nas escolas públicas: Relato de Experiência”, descrevendo uma experiência desenvolvida durante o período de rodízio da E-Multi.

Finalizando o ano de 2024, no mês de dezembro, a residente participou do evento denominado “I Mostra de Integração Ensino-Serviço: experiências exitosas da Rede de Saúde de Camaragibe”, que visou dialogar sobre os cenários de práticas no município, além de abordar a interprofissionalidade e intersetorialidade como estruturantes na formação profissional para o SUS (Figura 23). Nesta mostra a residente submeteu e teve aprovado, como primeira autora, o trabalho designado “A visita domiciliar como prática de aproximação do usuário com a USF: entendendo o indivíduo em toda sua complexidade”.

Figura 23- Participações nos eventos ESU, I Mostra de Camaragibe e 14º ENRS, respectivamente.



Fonte: arquivo pessoal, 2024.

Em 2024 e 2025, a residente começou a participar das reuniões do grupo de estudo da Fiocruz Pernambuco intitulado “Raça, Gênero e Saúde”, que acontece mensalmente e tem o objetivo de promover discussões sobre raça, racismo e as suas intersecções com as dimensões de gênero e saúde (Figura 24). Como exemplos de atuações podemos citar o debate no ensaio sobre Necropolítica, termo cunhado pelo filósofo Achille Mbembe, que explora as relações de poder em contextos de colonialismo, racismo e violência estrutural (Mbembe, 2019).

Outras colaborações em debates com temas importantes incluíram o “Diálogos entre o SUS e as Ancestralidades: Povos Tradicionais, Nanorracismo e Saúde Planetária”, realizado no Terreiro do Quilombo do Catucá no município de Camaragibe. Destaca-se também a inserção como ouvinte da disciplina de pós-graduação de Saúde Pública na Fiocruz Pernambuco denominada “Racismo como Determinação da Saúde”, ministrada pelo psicanalista e filósofo Douglas Barros.

Em junho de 2025, a residente participou do V Seminário Nacional de Pesquisa em Extensão Popular (SENAPOP), que ocorreu na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), em João Pessoa (Figura 24). O evento, através de oficinas e minicursos, buscou discutir os desafios contemporâneos para a afirmação da democracia, com foco nas iniciativas de Extensão Popular e sua relação com a Educação Popular.

No SENAPOPOP foi apresentado o trabalho intitulado “O matriciamento como forma de garantia da continuidade do trabalho na Atenção Básica”, no qual a residente figurou como primeira autora. O relato foi apresentado na forma de roda de diálogo, proposta por Paulo Freire, para promover a troca de experiências e a reflexão crítica de forma horizontal, onde o conhecimento é construído de forma coletiva e participativa (Freire, 1987).

Figura 24- Apresentação de trabalho no SENAPOPOP e reuniões do grupo de estudo Raça, Gênero e Saúde da Fiocruz Pernambuco.



Fonte: arquivo pessoal, 2024/2025.

Em novembro de 2025, a residente compareceu à 60ª edição do Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (MEDTROP), realizado em João Pessoa, cuja programação foi pautada em discussões sobre as mudanças climáticas e seus impactos nas doenças tropicais (Figura 25). O evento foi composto por uma programação bastante diversa, integrando atividades como o 10º Fórum de Doenças Negligenciadas, o XII Workshop Nacional da Rede de Tuberculose e o ChagasLeish 2025.

Durante o congresso, a residente colaborou na elaboração de um trabalho aprovado com o título “Oficina de confecção de sabonete pesticida natural: Integração de saberes populares e ciência no combate a zoonoses, em Centro de Convivência no Recife (PE)”.

No mês de novembro de 2025, em Recife, ocorreu também o Congresso Pernambucano de Inovação e Integração em Saúde (CPIIS), que teve como objetivo reunir gestores, profissionais de saúde, pesquisadores e instituições parceiras em um espaço de aprendizado coletivo, reforçando o compromisso com um SUS mais eficiente, humano e inovador (Figura 25).

No CPIIS a residente apresentou, como primeira autora, um trabalho intitulado “Aspectos sociais e cuidados em saúde para a população negra: formação de profissionais na Atenção Primária à Saúde” escrito em parceria com a Coordenação de Atenção à Saúde da População Negra .

Por fim, durante o mês de dezembro de 2025, a residente esteve envolvida nas atividades do 14º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCÃO), abordando a temática “Democracia, equidade e justiça climática: a saúde e o enfrentamento dos desafios do século XXI” (Figura 25). A finalidade foi fortalecer o compromisso da saúde coletiva com a compreensão e a proposição de iniciativas para enfrentar os impactos das emergências climáticas, incluindo danos à biodiversidade, racismo ambiental e sofrimento humano.

Neste congresso, a residente realizou uma apresentação oral curta, incluída no eixo 30 denominado “Saúde da População Negra, Quilombola e de Terreiros”. A comunicação teve como tema “Rodas de conversa, registro e realidade: o racismo estrutural dentro da Unidade Básica de Saúde”, promovendo o debate sobre os impactos das iniquidades em saúde vivenciadas pela população negra na APS.

Figura 25- Participação na 60ª edição do Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical , 14º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e no Congresso Pernambucano de Inovação e Integração em Saúde, respectivamente.



Fonte: arquivo pessoal, 2025.

A presença da residente nesses ambientes colaborou para o aprimoramento nas suas práticas profissionais, bem como permitiu o conhecimento da análise de saúde sob diferentes perspectivas, favorecendo a construção de uma visão ampliada e contextualizada à complexidade e diversidade do Brasil.

### 3.4 Tarja Branca

A Tarja Branca foi uma proposta elaborada pelos residentes da turma de Saúde Coletiva com o objetivo realizar encontros mensais em ambientes externos ao trabalho (Figura 26). Esses momentos eram caracterizados pela informalidade e tinham como proposta promover o bem-estar dos profissionais, a integração e o lazer em diferentes pontos turísticos do estado de Pernambuco.

Ao longo de 2 anos, os residentes exploraram diversos pontos de Pernambuco, entre eles: a praia da Boa viagem, a mais conhecida pelos recifenses; o tradicional Mercado da Boa Vista, marcado por uma gastronomia local e ambiente cultural; o Centro Histórico de Recife e Olinda, principais polos culturais e turísticos de Pernambuco; além de locais como Parque das Esculturas Francisco Brennand, Caixa Cultural e o Museu do Homem do Nordeste.

Figura 26- Encontros mensais dos residentes em pontos turísticos do estado de Pernambuco.



Fonte: arquivo pessoal, 2024/2025.

Esses momentos mostraram-se fundamentais para o fortalecimento do senso de coletividade e para a promoção do autocuidado frente às demandas e responsabilidades inerentes aos dois anos de residência. A criação de um espaço de distanciamento do serviço, atrelado ao compartilhamento das vivências entre os colegas contribuiu para a formação de profissionais que reconhecem seus limites e adotam estratégias voltadas ao seu bem-estar físico e mental.

**CAPÍTULO II: MUITO ALÉM DO DADO: PRODUÇÃO DE SENTIDOS SOBRE O  
QUESITO RAÇA/COR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

## 1. INTRODUÇÃO

Após a abolição da escravidão em 1888, e com o advento do sistema político republicano, em 1889, o Brasil tinha como objetivo buscar a construção da imagem de um país alinhado com o progresso, fundamentado nas correntes do racismo científico e no movimento eugenista (Germinatti e Mitjavila, 2022). Tal projeto tinha como finalidade promover um apagamento da presença da população negra na sociedade brasileira, ao mesmo tempo que incentivava o embranquecimento populacional por meio da imigração europeia (Munanga, 2004).

Diante disso, os censos populacionais realizados nos anos subsequentes deixaram de incluir o quesito cor em sua coleta de dados ou o fizeram de forma descontextualizada, com intuito de evitar o levantamento fidedigno da composição racial no Brasil, e sua associação à expressiva presença da população negra (Anjos, 2013).

Somente a partir de 1991 o censo demográfico no Brasil consolidou a classificação racial atualmente adotada pelo IBGE (branco, preto, pardo, indígena e amarelo), fundamentado na percepção do próprio indivíduo sobre sua pertença étnico-racial (Guimarães, 2024). Essas mudanças aconteceram a partir de variadas mobilizações e pressões sociais feitas pelo movimento negro, que objetivava a inserção efetiva da população negra nas estruturas sociais brasileiras, incluindo as políticas públicas e, de modo particular, o sistema de saúde (Werneck, 2016).

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, regulamentado pelas Leis Orgânicas 8.080/1990 e 8.142/1990, estabelece a saúde como um direito de todos e um dever do estado de ofertar, além de ser estruturado nos princípios da equidade, universalidade e integralidade do cuidado em saúde. Esses aspectos estão alinhados com o conceito de justiça social, visando reduzir as desigualdades sociais e as diversas vulnerabilidades em saúde (Lobato et al., 2022).

A coleta e o preenchimento do quesito raça/cor foram institucionalizados no SUS por meio da Portaria nº 344 de 1º de fevereiro de 2017, tornando obrigatória a operacionalização desse instrumento pelos profissionais de saúde. Antes desse marco normativo, esse dispositivo era somente recomendado aos trabalhadores dos serviços de saúde, conforme previsto na primeira edição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída através da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009.

A criação da PNSIPN e a incorporação do quesito raça/cor no SUS resultaram de uma série de reivindicações sobre a saúde da população negra, inicialmente protagonizadas pelo movimento de mulheres negras e o movimento negro, intensificando-se na segunda metade do século XX, com forte participação nas agendas dos coletivos populares de saúde, na Reforma Sanitária e na construção do Sistema Único de Saúde (Werneck, 2016).

Apesar do SUS contemplar, em seu arcabouço normativo, os princípios da equidade e integralidade do cuidado, tais diretrizes, por si só, não são suficientes para enfrentar as heranças do racismo estrutural, oriundas do processo histórico de colonização e escravização no território brasileiro (Anuniação et al., 2022). Esses processos estruturais produzem e perpetuam determinantes sociais da saúde, expondo a população negra a múltiplas iniquidades.

Dessa forma, a criação de políticas públicas, como a PNSIPN e a coleta e o preenchimento do quesito raça/cor, complementa as ações desenvolvidas no âmbito do SUS com a finalidade de garantir que populações vulnerabilizadas tenham acesso digno e integral aos serviços de saúde no Brasil (Carvalho et al., 2024). Além disso, o fortalecimento dessas estratégias contribuem para a mitigação das disparidades raciais, sociais e econômicas existentes, colaborando para a construção de uma sociedade mais equânime (Geus et al., 2011).

No entanto, apesar da existência de marcos regulatórios, diversas políticas públicas voltadas para população negra enfrentam dificuldades para sua implementação no território brasileiro (Silva, 2009). Ceccim (2005) aborda que a Educação Permanente em Saúde (EPS) surge como uma ferramenta pedagógica potente de construção do pensamento crítico e de elaboração de estratégias para transformações nas práticas e formação em saúde, contribuindo para o fortalecimento do processo de cuidado e a implementação de políticas públicas.

Nesse sentido, para além da implantação de políticas públicas, faz-se necessário também desenvolver processos de qualificação de gestores e profissionais da área para sua implementação (Camargo et al., 2024). Considerando que é na APS que grande parte dessas políticas se materializa no cotidiano dos serviços, esse nível de atenção enquanto porta de entrada do SUS e coordenadora do cuidado da RAS, configura-se como espaço estratégico para o desenvolvimento de discussões relacionadas à PNSIPN e ao enfrentamento de práticas racistas produtoras de iniquidades em saúde para a população negra (Silva et al., 2022).

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo de descrever e analisar a experiência da Educação Permanente em Saúde (EPS) relacionada à coleta e ao preenchimento do quesito raça/cor junto aos profissionais da Atenção Primária à Saúde, no município de Camaragibe (PE), no período de 2024 a 2025. Busca-se, assim, contribuir para o fortalecimento do arcabouço prático e teórico-referencial acerca desses temas, frequentemente negligenciados tanto nas estruturas acadêmicas quanto nos espaços laborais.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Descrever e analisar a experiência da Educação Permanente em Saúde relacionada à coleta e ao preenchimento do quesito raça/cor junto aos profissionais da Atenção Primária à Saúde, no município de Camaragibe (PE), no período de 2024 a 2025.

#### **2.1.1 Objetivos específicos**

- Caracterizar o entendimento dos profissionais acerca da coleta e preenchimento do quesito raça/cor na APS;
- Identificar e analisar os entraves e desconfortos dos profissionais relacionados a coleta do quesito raça/cor e a discussão sobre raça e racismo;
- Descrever e interpretar os impasses existentes entre trabalhadores e usuários em relação ao processo de coleta e preenchimento do quesito raça/cor;
- Compreender os processos de reconhecimento racial dos trabalhadores a partir das experiências vivenciadas na EPS;
- Discutir as contribuições da Educação Permanente em Saúde para a implementação do quesito raça/cor e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra na APS;

## **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **3.1 Contexto histórico da saúde da população negra no Brasil**

A construção da saúde da população negra no Brasil está historicamente marcada pela retirada forçada de africanos da África, pelo sofrimento imposto durante a travessia transatlântica e pela continuidade da exploração e da desumanização desde sua chegada ao território brasileiro (Santos e Pinto., 2021). Para legitimar esse

sistema, os colonizadores instituíram uma lógica que subjugou a raça negra e indígena em detrimento da branca, posicionando-as como inferiores e incapazes de produzir cultura, saberes e civilizações consideradas válidas (Carneiro, 2005).

Segundo Sueli Carneiro (2005), essa dinâmica é definida como a "construção do outro como não-ser como fundamento do ser", na qual a afirmação da superioridade branca dependia da negação da plena humanidade do negro. Nesse sentido, a população negra no Brasil, no período colonial e imperial, era vista somente sob uma perspectiva utilitária, inserida em um contexto de trabalho exploratório, sendo caracterizado como indivíduos sem alma, primitivos e selvagens (Silva et al., 2020).

As condições de extrema precariedade às quais a população negra era submetida impactavam diretamente sua saúde e sobrevivência, resultando em uma expectativa média de vida em torno de sete anos, para além da elevada incidência de doenças infectocontagiosas (Karasch, 2000). Ademais, a lógica da dominação e adoecimento dessas populações estava profundamente associada ao processo denominado de "epistemicídio", no qual o colonizador impunha seu modo de pensar como o único legítimo, marginalizando e suprimindo todas as outras formas de existência, saberes religiosos, científicas e de cuidados tradicionais em saúde (Santos, 1995).

O fim do sistema escravocrata no Brasil ocorreu após 388 anos, configurando-se como um dos mais longos do continente americano. Contudo, apesar do seu marco normativo, a abolição não foi acompanhada de políticas públicas capazes de promover a inclusão social da população negra, tampouco de ações estatais que possibilitassem a reconstrução de suas condições de vida (Couceiro, 2004). Isso gerou um processo de marginalização da população negra no campo político, econômico, trabalhista, territorial e cultural, dando continuidade às opressões e produções de iniquidades em saúde (Rosa, 2014).

No Brasil Republicano, entre 1889 e 1945, o racismo científico e a eugenia, consolidaram-se como pilares intelectuais e políticos fundamentais para manutenção das desigualdades existentes na sociedade brasileira, repercutindo de maneira significativa na organização da saúde pública, na definição de prioridades sanitárias e na produção de saberes médicos racializados e marginalizantes (Cyrino, 2022). Nesse contexto, os corpos negros eram vistos como indignos, biologicamente inferiores e propensos a doenças, sendo colocados sob vigilância, uma vez que eram uma ameaça ao estado brasileiro (Seyferth, 2018).

Durante esse período, a promoção da saúde direcionada às populações vulnerabilizadas era desenvolvida, majoritariamente, nos espaços de terreiro, os quais também eram invisibilizados e criminalizados pelo poder público (Leite e Cuti, 1992). Nesse ambiente coletivo, eram produzidas práticas de cuidado fundamentadas em saberes tradicionais, na espiritualidade, no uso de plantas medicinais e na coletividade, constituindo estratégias de resistência, preservação da vida e promoção da saúde frente à ausência e à negligência do Estado brasileiro (Rodrigues et al., 2025).

Diante disso, a construção do cuidado em saúde pelo estado brasileiro para a população negra, desde os seus primórdios, ocorreu de maneira exploratória, desigual e desumana. Esse panorama favoreceu a perpetuação do racismo estrutural e o estabelecimento de condições precárias de vida e saúde para essas pessoas, o que contribuiu para a consolidação de desigualdades socialmente determinadas em saúde (Werneck, 2016).

### **3.2 A criação do Sistema Único de Saúde**

Antes da criação do SUS, o acesso à saúde no Brasil era restrito aos trabalhadores vinculados à previdência social, configurando-se como um modelo assistencial fragmentado, excludente e marcado por profundas desigualdades sociais (Ferreira, 2016). Incluído nesse cenário, estava grande parte da população negra, a qual ocupava a maioria dos trabalhos informais no país, e conseqüentemente, não possuíam direito à assistência em saúde (Lopes e Werneck, 2017).

A institucionalização do SUS em 1988, ocorreu após a mobilização de diversos atores sociais, como o Movimento da Reforma Sanitária Brasileiro, que reivindicavam a saúde como um dever do estado e um direito de todo cidadão brasileiro (Escorel, 1999). Esse processo possibilitou a construção de um sistema que abrange a complexidade presente no território brasileiro, alinhado com a justiça social e reparação histórica na promoção de saúde, prevenção e recuperação de doenças (Lobato, 2022).

O SUS é alicerçado nos princípios da integralidade, universalidade e equidade do cuidado, os quais orientam a organização do sistema e a oferta de ações e serviços em saúde, considerando as diferentes necessidades dos sujeitos e dos territórios (SFEZ, 1999). Ao romper com o antigo modelo seletivo e adotar uma perspectiva equitativa, o Estado reconhece que diferentes grupos sociais vivenciam

condições de vida e saúde distintas, exigindo respostas diferenciadas, especialmente no enfrentamento das desigualdades raciais que historicamente afetam a população negra (Paim, 2018).

Além disso, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde o conceito de saúde é ampliado, incorporando outras dimensões, como o direito ao lazer, à segurança, ao meio ambiente, à educação, à renda e à espiritualidade, entre outras (Brasil, 1986). Desse modo, compreende-se a influência dos determinantes sociais da saúde na produção do cuidado e na qualidade de vida das populações, superando a compreensão restrita da saúde como mera ausência de doença (Fleury, 1997).

A partir dessas normativas, o sistema de saúde do Brasil consolida-se como um espaço estratégico para formulação e implementação de políticas públicas voltadas à redução das desigualdades em saúde, fortalecimento da democracia e ao enfrentamento das iniquidades social e racialmente determinadas (Machado, 2024).

### **3.3 Racismo institucional e saúde da população negra**

Embora o SUS represente um marco na garantia do direito à saúde e na promoção da equidade, persistem desigualdades significativas nas condições de vida e saúde da população negra (Pereira; Ferreira, 2016). Tais iniquidades estão profundamente relacionadas ao racismo estrutural e institucional, que atravessa a organização dos serviços, restringe o acesso, produz tratamentos desiguais e compromete a qualidade da atenção ofertada (Silva et al., 2025).

Segundo Werneck (2016), o racismo institucional corresponde à forma como o Estado, suas instituições e políticas públicas produzem disparidades raciais por meio da construção de normas e práticas que reafirmam a existência da hierarquia racial. Dessa forma, o racismo institucional normatiza e perpetua a vulnerabilidade de determinados grupos que são atingidos por múltiplas formas de exclusões, inclusive na área de atenção à saúde, produzindo uma pluralidade de iniquidades (Quadros et al., 2020).

O mecanismo do racismo institucional opera de diversas maneiras no SUS, tanto pelo desconhecimento ou negação, por parte dos profissionais, das implicações do racismo na produção de iniquidades em saúde, quanto pela descontinuidade do cuidado destinado à população negra nos serviços de saúde (Silva et al., 2022). Além disso, a ausência de monitoramento e fiscalização das políticas voltadas à mitigação do racismo, bem como o subfinanciamento destinado a essas ações, também

evidenciam a permanência de práticas racistas no âmbito das instituições de saúde (Batista et al., 2020).

Outro aspecto marcante presente na lógica do racismo institucional é a ideologia do mito da democracia racial, segundo a qual todas as raças coexistem de forma harmoniosa no Brasil, negando a existência do racismo e desconsiderando os processos de racialização que estruturam as instituições e as desigualdades no acesso aos direitos, inclusive no campo da saúde (Santos et al., 2013).

### **3.4 A PNSIPN e o quesito raça/cor no SUS**

Um dos marcos normativos no SUS mais importantes para a população negra corresponde à institucionalização da PNSIPN e à obrigatoriedade da coleta e preenchimento do quesito raça/cor, constituindo-se como aspectos fundamentais para identificação de desigualdades raciais e formulações de ações e políticas públicas voltadas à promoção da equidade no cuidado em saúde (Werneck, 2016).

A PNSIPN reconhece oficialmente o racismo como um determinante das iniquidades em saúde vivenciadas pela população negra, colocando essa problemática no centro do debate sobre as condições de vida e saúde desses grupos sociais (Neto et al., 2015). Além disso, ela evidencia doenças e agravos que mais comumente causam o morbimortalidade nessa população, como as doenças crônicas, caracterizadas pela diabetes e a hipertensão, bem como a anemia falciforme, as violências e os impactos das condições socioeconômicas e do racismo estrutural (Maio; Monteiro, 2005).

Já a coleta e o preenchimento do quesito raça/cor constitui-se como um instrumento de produção de dados confiáveis para orientar o planejamento, a formulação e a avaliação de políticas públicas para a população, fortalecendo a equidade no SUS (Laguardia, 2004). Ademais, esse mecanismo permite expor e analisar a situação de saúde e adoecimento vivenciada ao longo dos anos pela população negra, contribuindo para a construção e qualificação de bancos de dados historicamente invisibilizados (Gregório; Peres, 2024).

Apesar da sua importância, essas políticas públicas ainda enfrentam desafios para sua efetiva implementação nos estados e municípios, como o preenchimento inadequado ou ignorado do quesito raça/cor nas fichas de notificação e registro em saúde, ou a ausência da qualificação profissional abordando temáticas raciais (Silva, 2022).

### **3.5 A EPS como estratégia para a efetivação do SUS e da PNSIPN na APS**

A Educação Permanente em Saúde constitui-se como um dispositivo pedagógico que institui o debate e a qualificação do processo de trabalho por meio da análise crítica e reflexiva, promovendo mudanças na práxis dos profissionais (Ceccim, 2005). A troca de diálogos e a construção coletiva de estratégias formativas, pautadas na problematização do cotidiano dos serviços, contribuem para o fortalecimento do trabalho em equipe e a produção de cuidado qualificado e comprometido com os princípios do SUS (D'Avila et al., 2014)

Ao promover uma leitura crítica do cotidiano, a EPS torna-se fundamental para a efetivação de algumas políticas públicas, principalmente aquelas que são direcionadas para populações em situação de vulnerabilidade (Lobato, 2022). Nesse sentido, ela estimula o desenvolvimento das percepções acerca dos determinantes sociais da saúde, favorecendo a construção de posicionamentos ético-políticos por parte dos trabalhadores e o compromisso com práticas de cuidado orientadas pela equidade e justiça social (Carvalho et al., 2024).

Esse aspecto é reforçado pelo disposto na PNSIPN, que estabelece, em sua primeira diretriz, o fortalecimento de processos de Educação Permanente em Saúde destinados aos profissionais no âmbito do Sistema Único de Saúde, reconhecendo-os como eixo estruturante para a efetivação dessa política pública (Brasil, 2009). Tal diretriz evidencia que a implementação da PNSIPN depende da qualificação das práticas profissionais, do enfrentamento das iniquidades raciais e da assunção da responsabilidade ética e social pelos trabalhadores da saúde (Maio; Monteiro, 2005).

A APS configura-se como um espaço estratégico para a realização de ações de EPS, em razão de seu caráter multiprofissional, do compartilhamento de práticas entre os profissionais e da sua importância como um ambiente de formação e fortalecimento de vínculos entre a ESF e os usuários, articulando diferentes tipos de saberes (Fortuna et al., 2013).

Nesse sentido, a consolidação da PNSIPN, e conseqüentemente, da melhoria do processo de coleta e preenchimento do quesito raça/cor, perpassam pela formação e qualificação profissional no SUS, de forma contextualizada com a historicidade e realidade atual do país (Silva et al., 2022).

#### 4. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo e analítico, com abordagem qualitativa, com enfoque na vivência de ações de Educação Permanente em Saúde relacionadas à coleta e ao preenchimento do quesito raça/cor na Atenção Primária à Saúde.

Esse modelo de pesquisa compreende uma estratégia metodológica que permite a caracterização reflexiva e crítica de práticas desenvolvidas no campo laboral, contribuindo para a produção do conhecimento centrada no processo de trabalho. Ademais, essa abordagem permite explorar a subjetividade, percepções, significados e reflexões relacionadas ao diálogo sobre raça, racismo e à operacionalização do quesito raça/cor na APS.

O estudo foi desenvolvido no município de Camaragibe, localizado na Região Metropolitana do Recife, no estado de Pernambuco, no âmbito da rede de Atenção Primária à Saúde, no período de 2024 a 2025. A experiência nas Unidades de Saúde da Família, consideradas a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, com atuação voltada ao cuidado integral, à proximidade com a comunidade e à garantia do acesso aos serviços de saúde.

Os sujeitos incluídos neste estudo foram os(as) profissionais integrantes das Equipes de Saúde da Família, compostas majoritariamente por enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem, agentes comunitários(as) de saúde e médicos(as). Além desses, quando inseridos no escopo das equipes, participaram também cirurgiões-dentistas, auxiliares e técnicos(as) de saúde bucal. Incluiu-se ainda a participação de auxiliares de serviços gerais, por compreender que esses profissionais também integram os processos de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde e contribuem para a dinâmica cotidiana dos serviços.

A pesquisa foi realizada por meio de ações de EPS, incluindo rodas de conversa e momentos de diálogo e discussão, com foco na coleta e no preenchimento do quesito raça/cor na APS, bem como na abordagem de temas relacionados à raça, ao racismo e à PNSIPN. A atividade foi conduzida com o apoio de um folder, que continha informações sobre o que é a coleta e o preenchimento do quesito raça/cor, como realizá-los, seus principais entraves e dificuldades, seus objetivos e as normativas que fundamentam a sua obrigatoriedade (Figura 27).

Figura 27- Folder explicativo sobre a coleta e o preenchimento do quesito raça/cor na Atenção Primária à Saúde.

**Porque é tão importante a realização dessas ações pelos profissionais de saúde da AB?**

Entender e conhecer melhor o perfil étnico-racial dos comunitários que procuram os serviços de saúde.

Elaborar e implementar ações voltadas para as populações historicamente marginalizadas.

Monitorar e reduzir os impactos de determinadas doenças e agravos.

Produção de indicadores que irão demonstrar as condições de vida dos usuários.

Mortes por agressões em PE: 86% corresponde a pop negra

Mortes por tuberculose em PE: 78,61% corresponde a pop negra

Mortes por suicídio em PE: 77,9% corresponde a pop negra

\*DADOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, Sistema de Informações sobre Mortalidade- SIM (2023)

Existe alguma relação entre o quesito raça/cor e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra?

Sim! A PNSIPN é uma política do SUS que reconhece o racismo como um sistema que gera diversos impactos negativos na saúde da população negra.

Esses impactos vão desde a dificuldade ao acesso aos serviços de saúde, até a falta de assistência e cuidado voltados para doenças que ocorrem mais comumente nessa população.

Dessa forma, a coleta e preenchimento do quesito raça/cor também faz parte das diretrizes dessa política pública, no intuito de produzir informações sobre a saúde da população negra.

Para mais informações sobre a PNSIPN

**PREENCHIMENTO DO QUESITO RAÇA/COR NA ATENÇÃO BÁSICA**

O que seria a coleta do quesito cor e o preenchimento do campo raça/cor nos serviços de saúde?

A coleta está relacionado ao ato de perguntar ao usuário de saúde como ele se autodeclara, dentro dos padrões utilizados pelo IBGE.

Já o preenchimento é a ação, realizada pelo profissionais atuante na AB, de notificar nos formulários de saúde a resposta do usuário.

Já sabemos que esse preenchimento é feito através da autodeclaração do usuário, mas o que seria isso?

A autodeclaração é quando o próprio usuário define qual é a sua raça/cor, respondendo o quesito de acordo como ele se identifica.

Esse é um instrumento muito importante pois permite que o indivíduo possua a autonomia pra falar sobre si e em como ele se enxerga no mundo.

Porque em alguns momentos existe um constrangimento dos profissionais e usuários sobre esse assunto?

O tema racial apesar de ser amplamente falado, ainda é considerado muito sensível entre as pessoas, e devido ao racismo, muitos não conseguem pensar sobre a sua própria identidade.

Além disso, existe uma ideia de que esse assunto deve ser silenciado e não abordado, para que existe um suposto bem-estar.

Qual é a melhor forma de se realizar a coleta do quesito cor com o usuário?

É muito importante que essa pergunta seja realizada de forma natural, assim como todas as outras dos formulários de saúde.

Caso o comunitário não entenda a pergunta feita, é necessário que o profissional de saúde explique o que ela significa.

De acordo com a Portaria nº 344, a coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor são obrigatórios aos profissionais atuantes nos serviços de saúde.

Caso não seja possível a autodeclaração pelo usuário, a família responde por este. E na ausência da família, o profissional de saúde responsável pelo caso, preencherá o campo solicitado.

Fonte: arquivo pessoal, 2025.

Durante os encontros, foram abordadas as dificuldades e os entraves vivenciados pelos profissionais da APS relacionados ao procedimento de coleta e preenchimento do quesito raça/cor, bem como às suas interações com os usuários. Ademais, as discussões críticas advindas da Educação Permanente em Saúde proporcionaram processos de reconhecimento racial por parte dos trabalhadores, favorecendo a ampliação da compreensão sobre o racismo enquanto determinante social da saúde e estimulando reflexões sobre as práticas cotidianas no trabalho.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 Compreensão dos profissionais sobre a coleta e o preenchimento do quesito raça/cor

Durante a EPS, observou-se a necessidade de iniciar os encontros abordando o que seria a coleta e o preenchimento do quesito raça/cor, bem como a importância da autodeclaração no SUS, o que gerou questionamentos e reflexões iniciais por parte dos profissionais.

Um achado relevante foi o desconhecimento, por parte de alguns trabalhadores das ESF, acerca da Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, que estabelece a obrigatoriedade da coleta e do preenchimento do quesito raça/cor. Observou-se, ainda, lacunas quanto às suas ressalvas, que preveem que, na impossibilidade de realização da autodeclaração pelo próprio indivíduo, a informação possa ser fornecida por familiares e, na ausência destes, pelo profissional de saúde responsável pelo caso.

Alguns profissionais da ESF relataram que não efetuava a coleta por autodeclaração e a desenvolviam a partir de percepções próprias sobre a raça/cor do indivíduo. Entre os motivos apontados destacaram-se o constrangimento em aplicar a pergunta, a falta de compreensão acerca da importância desse registro e o não respeito a resposta dos usuários, considerada por alguns como equivocada. Alguns mencionaram que a autodeclaração pode atrapalhar a qualidade da produção de dados, uma vez que, para eles, algumas informações declaradas pelos usuários não condizem com a realidade.

Durante a apresentação das opções disponíveis para o preenchimento do quesito raça/cor (branco, preto, pardo, indígena e amarelo), de acordo com a resposta dos usuários, emergiram dúvidas acerca dessas categorias. Uma das principais referiu-se a categoria *amarela*, sendo necessário desmistificar a ideia de que estaria associado a pessoas com tom de pele clara, e que na verdade destina-se a pessoas com ascendência asiática (origem oriental).

Outros questionamentos frequentes referiram-se às classificações *preta* e *parda*, visto que alguns profissionais apresentavam fragilidades de conhecimento quanto ao fato de que esta última integra a população negra. No decorrer das discussões, evidenciaram-se dificuldades na diferenciação entre essas categorias, bem como relatos acerca da ausência de pertencimento racial por parte de algumas pessoas negras no território e da autodeclaração de pessoas brancas como negras.

A referência à população indígena também emergiu durante os diálogos, quando foi problematizada a presença de pessoas pertencentes a esse grupo nos serviços de saúde sob responsabilidade das equipes. Relatou-se a existência de poucos registros de população indígena adscrita ao território e, em alguns momentos, a não realização do cadastro na Unidade Básica de Saúde, sob a justificativa, por parte de alguns profissionais, de que essas pessoas não possuíam moradia fixa e, portanto, não teriam direito ao cadastro.

Considerando que a EPS prevê o desenvolvimento de problematizações que reverberam na reflexão crítica, os temas abordados foram discutidos com o objetivo de ressaltar a urgência do respeito à autodeclaração e à autonomia dos sujeitos quanto à sua identidade, subjetividade e percepção. Ademais, discutiu-se que desconsiderar essa escolha, sem o consentimento de quem é de direito, significa invisibilizar e deslegitimar a trajetória de identificação racial de cada indivíduo.

Para exemplificar essa “trajetória de identificação racial”, foi apresentado o caso de pessoas que, na infância, informavam a autodeclaração segundo determinada classificação do quesito raça/cor e que, ao longo dos anos, a partir de suas construções sobre o mundo e sobre si mesmas, passam a se reconhecer de outra forma. Alguns profissionais relataram que, no momento da atualização dos cadastros nas UBS, essa situação ocorre de forma recorrente, uma vez que, por longos períodos, os registros permanecem desatualizados.

Outra parte importante do processo de produzir sentido a uma ação é exemplificar as suas contribuições, e ao decorrer dos debates os profissionais foram compreendendo a função estratégica que a realização coleta e o preenchimento do quesito raça/cor possui nos serviços de saúde. Essa análise foi feita através dos dados de morbidade e mortalidade sobre a saúde da população negra que são produzidos a partir desse instrumento, permitindo a identificação de iniquidades em saúde e o direcionamento de ações mais equitativas.

Ademais, observou-se também que a maioria dos profissionais das equipes desconheciam a PNSIPN como uma estratégia a ser utilizada na APS com o objetivo de garantir o acesso integral à saúde pela população negra, e a outra parte apresentava conhecimento limitado sobre a política.

A partir dessas questões, o debate centrou-se em promover um aprofundamento sobre esse instrumento do SUS, buscando deslocá-lo de um lugar de

superficialidade e da percepção de que se trata de um tema já plenamente compreendido por todos os trabalhadores.

## **5.2 Desconfortos dos profissionais e usuários ao dialogar sobre raça e racismo**

Após o momento inicial, foram abordados os desconfortos em relação a coleta e o preenchimento do quesito raça/cor na APS, assim como o diálogo sobre raça e racismo e seus impactos na construção das relações interpessoais. Nesse contexto, os profissionais problematizaram coletivamente as dificuldades para a realização técnica desse registro no SUS, relacionadas a constrangimentos, receios e atravessamentos de ordem subjetiva e institucional.

Algumas equipes relataram sentir desconforto ao realizar o processo de coleta e preenchimento do quesito raça/cor, por compreenderem que se trata de uma pergunta de caráter delicado e íntimo para certos usuários. Em determinados momentos, foi expresso que os profissionais temiam ser mal interpretados, receando que a pergunta fosse percebida como racista, ofensiva e segregatória, optando por muitas vezes não realizá-la. Nesse momento, refletiu-se sobre os motivos pelos quais a aplicação desse instrumento do SUS gera incômodos para os trabalhadores, mesmo sendo amplamente utilizado nos registros de saúde e fazendo parte do trabalho cotidiano da equipe.

Durante os momentos de EPS, parte dos profissionais sinalizou que alguns usuários apresentam dificuldade em compreender o motivo da coleta e do preenchimento do quesito raça/cor nos serviços de saúde. Foi relatado, inclusive, que em sua maioria, pessoas negras respondem de maneira ríspida, reação que os profissionais associaram à desconfiança, ao desconhecimento acerca da finalidade desse registro e a experiências prévias de racismo. Outros apontaram a existência de desinteresse por parte dos usuários em responder a esse questionamento, ressaltando que muitos fornecem respostas aleatórias às classificações de raça/cor.

Foi discutido qual seria a forma mais adequada para realizar o registro no contexto dos serviços de saúde, evidenciando que, embora os profissionais reconheçam a importância da coleta do quesito raça/cor, persistem dúvidas e inseguranças sobre a abordagem correta, refletindo na necessidade de orientações e protocolos claros.

Sobre os impasses institucionais, as equipes relataram que por conta das altas demandas no processo de trabalho da UBS e o aumento da exigência por produtividade, determinadas atividades são desempenhadas de forma mecanizada e protocolar. Nesse sentido, destacou-se a falta de tempo disponível para problematizar e analisar adequadamente as dimensões éticas e sociais envolvidas na prática da coleta e preenchimento do quesito raça/cor, o que reforça os obstáculos à efetiva promoção da equidade racial na APS.

Ademais, a maioria das equipes demonstrou interesse em desenvolver mais momentos de EPS voltados à relação entre raça, racismo e saúde, com o objetivo de aprimorar suas competências para oferecer atendimentos de maior qualidade à população negra. Os profissionais também ressaltaram a importância dessa qualificação, considerando que a maior parte da população adscrita à UBS e que utiliza os serviços de forma recorrente é composta por pessoas negras.

### **5.3 Reconhecimento racial dos trabalhadores a partir da EPS**

A partir das experiências formativas da EPS sobre o quesito, observou-se que o debate sobre raça e racismo fizeram emergir outras questões entre os trabalhadores, principalmente relacionado ao reconhecimento da sua identidade racial. Além disso, evidenciaram-se reflexões acerca de como a autopercepção racial e o modo como esses trabalhadores são socialmente percebidos impactam no processo de trabalho e na construção das relações com os usuários.

Inicialmente, esse espaço de troca entre os profissionais desencadeou um reconhecimento deles mesmos enquanto sujeitos racializados, possibilitando problematizações e debates sobre as suas trajetórias pessoais, profissionais e institucionais quando atravessadas pelo racismo. Diante disso, nos momentos de discussões, alguns trabalhadores autodeclarados negros no momento da ação, relataram preconceitos que sofreram de forma interpessoal ou coletiva. Nesse contexto, as narrativas foram marcadas por forte carga emocional, sobretudo ao rememorem experiências dolorosas e traumáticas.

Outro aspecto relevante está relacionado aos profissionais que se autodeclararam brancos, os quais passaram a reconhecer que ocupam posições de privilégio social e que, diante disso, necessitam assumir corresponsabilidade no enfrentamento ao racismo, compreendendo-o não apenas como um problema

vivenciado pela população negra, mas como uma questão estrutural que atravessa as instituições e exige ações coletivas e comprometidas no âmbito do trabalho em saúde.

Como consequência dessa identificação, as equipes evidenciaram práticas laborais que possam ser desenvolvidas no intuito de mitigar as desigualdades raciais e promover consciência racial entre os usuários do SUS. Para isso, as ações de EPS foram reconhecidas como ferramenta pedagógica essencial para elaboração da reflexão crítica sobre essa temática, bem como, para a construção coletiva e fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários.

Ao longo do desenvolvimento da EPS, os profissionais compreenderam que a trajetória de identificação racial não é linear nem homogênea, sendo atravessada por desconfortos, negações, resistências e silêncios. Nesse cenário, tornou-se evidente que essa construção ocorre de forma gradual e complexa, exigindo tempo, escuta qualificada e espaços coletivos de reflexão.

Por fim, boa parte das equipes reconheceu que suas experiências pessoais e profissionais interferem no cotidiano do trabalho em saúde, influenciando práticas, relações e decisões no cuidado. As equipes também relataram a necessidade de qualificação contínua para lidar com essas interferências no processo de trabalho.

## **6. DISCUSSÃO**

A EPS mostrou-se fundamental para a produção de sentido sobre o registro dessa informação, uma vez que, durante o processo de trabalho na APS identificava-se que esse procedimento era, por vezes, executado de forma pouco comprometida e sem a intencionalidade necessária para o enfrentamento das iniquidades raciais em saúde. Conforme Campos (2002), os processos de trabalho esvaziados de significados geram profissionais com práticas burocratizadas, desvinculados da responsabilização da própria intervenção, e pouco ativos como sujeitos participantes das dinâmicas dos serviços de saúde.

Quando abordamos sobre o quesito raça/cor, para além de ser desenvolvido de forma mecanizada, sua realização precária também é influenciada pelo modo como o racismo opera, produzindo invisibilização das desigualdades raciais e limitando o reconhecimento da relevância dessa informação para o cuidado em saúde (Batista; Barros., 2017). Nesse sentido, observa-se também a deslegitimação e minimização dos potenciais efeitos positivos que esse instrumento pode produzir para a efetivação da equidade em saúde no âmbito do SUS (Silva, 2022).

A falta de intencionalidade na coleta do quesito, também decorre da ausência de ações de EPS que abordam as políticas públicas e seus aspectos normativos, direcionadas à saúde da população negra e os modos de sua operacionalização no cotidiano dos serviços (Camargo et al., 2024). A PNSIPN, apesar de ter seu marco normativo em 2009, até os dias atuais não foi implementada de forma consistente e efetiva nos estados e municípios brasileiros, demonstrando outro aspecto das dificuldades estruturais que comprometem o acesso integral à saúde da população negra. (Silva, 2022).

Um levantamento realizado por pesquisadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) e da Universidade de São Paulo (USP) mostrou que em 2019 apenas 57 dos 5.570 municípios do país haviam implementado a PNSIPN (Batista et al., 2020). Essa realidade se ancora no racismo institucional, expresso na forma como as instituições reproduzem desigualdades raciais ao invisibilizar essas políticas, fragilizar processos formativos e limitar a responsabilização dos profissionais frente às iniquidades em saúde (Werneck, 2016).

Silveira e colaboradores (2021) realizaram um estudo, no formato de pesquisa-intervenção, sobre a coleta do quesito raça/cor na Atenção Básica do SUS na região Sul do Brasil. Os resultados evidenciaram que os profissionais apontaram a ausência de devolutivas por parte da gestão, especialmente no que se refere à produção e ao compartilhamento de análises desagregadas por raça/cor voltadas à formulação de políticas públicas para a população negra. Além disso, a escassez de dados qualificados implica que indicadores de morbimortalidade dessa população não sejam sistematizados nem repassados aos profissionais de saúde, tampouco aos usuários dos serviços.

A autodeclaração foi um tema que emergiu bastante nos resultados, com questionamentos complexos e que expõe o profissional de saúde a se aprofundar sobre a construção racial no Brasil. Alves e colaboradores (2017) analisaram que a densidade em torno da autodeclaração existe pois ultrapassa a simples escolha de uma categoria de cor, envolvendo dimensões históricas, identitárias, ancestrais e de posicionamento social, especialmente em um contexto racialmente marcado como o brasileiro.

Em relação à população negra, destacou-se o debate acerca da categoria racial *pardo*, evidenciando dificuldades de compreensão por parte dos profissionais. Essa dificuldade pode ser compreendida a partir dos processos históricos de

miscigenação no Brasil, os quais estiveram associados à ideologia do embranquecimento e à negação da identidade negra (Nascimento, 1978).

Conforme aponta Munanga (2004), a mestiçagem operou como um mecanismo de apagamento simbólico da negritude, contribuindo para a ambiguidade da categoria *pardo* e para o enfraquecimento do reconhecimento das desigualdades raciais, com repercussões nos processos de autodeclaração e no cuidado em saúde. Devido a isso, muitos indivíduos desconhecem que *preto* e *pardo* fazem parte da população negra, fato esse que evidencia dificuldades de reconhecimento do pertencimento racial na sociedade brasileira (Rodrigues et al., 2022).

O desrespeito em relação ao direito da autodeclaração do usuário foi bastante presente entre as equipes. Milaneze (2020), em pesquisa desenvolvida em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro, observou que determinados profissionais ligados a ESF desconsideraram a coleta e o correto preenchimento do quesito *raça/cor*, preenchendo a partir de suas próprias percepções ou, quando possível, ignorando o registro do dado.

Segundo Silva e colaboradores (2022):

“é visível que a desvalorização da identidade racial, principalmente nas comunidades marcadas por inúmeras vulnerabilidades e desigualdades, é proposital para o distanciamento do acesso à equidade em saúde e a outras formas de emancipação”.

Nesse sentido, entende-se que a autodeclaração racial, além de contribuir para o enfrentamento do racismo institucional, também promove o fortalecimento do pertencimento racial das pessoas negras, contribuindo para autodeterminação desses sujeitos. Neusa Santos Souza (1983, p. 77) afirma que “ser negro não é uma condição dada a priori. Ser negro é tornar-se negro”. Nesse sentido compreende-se também que a identificação racial é composta por uma construção identitária contínua e politizada, realizada de forma individual e coletiva.

As discussões relacionadas ao constrangimento e ao medo dos profissionais em relação a coleta e o preenchimento do quesito foram bastante marcantes e sua compreensão é complexa. Cuti (2017) afirma que a aceitação do racismo como produtor das injustiças raciais é algo desestabilizador e gera desconforto, pois traz à tona toda desumanização vivenciada pela população negra no período escravocrata, refletida no abandono atual desses sujeitos. Nesse sentido, evocar essas questões, implica em assumir um compromisso ético e profissional de lidar com as

consequências, individuais e coletivas, de um passado marcado pela criação de um mecanismo de opressão e exploração.

As diversas faces do racismo, manifestadas nas múltiplas formas de relações sociais, muitas vezes se estruturam em experiências sentidas, mas não verbalizadas, alimentando a ilusão de igualdade social, perpetuada pelo mito da democracia racial (Araújo et al., 2010). No entanto, a realidade é que através desse mecanismo de negação da existência de um sistema opressor direcionado para população negra, a sociedade se isenta de debater e enfrentar processos históricos que geraram, mantêm e reproduzem iniquidades no país (Borret et al., 2020).

Diante disso, fica visível que a análise acerca do racismo como um determinante social da saúde é pouco desenvolvida no ambiente da UBS, culminando em dificuldades e entraves na realização da coleta e do preenchimento do quesito raça/cor, assim como possíveis inconsistências nas informações registradas (Figueiredo, 2024). Ademais, a presença desse mal-estar compromete a relação com o usuário, pois faz com que o profissional desenvolva as suas funções de forma insegura, prejudicando o estabelecimento de vínculo, a comunicação efetiva e a qualidade do cuidado prestado (Bidgoli et al., 2025).

Durante as experiências na UBS com as equipes, também foram observadas falas recorrentes de usuários, em sua maioria negros, expressando irritação e incômodos em relação à coleta do quesito raça/cor. Isso pode ser compreendido à luz de que, para pessoas negras, o quesito raça/cor é carregado de significados complexos e, por vezes, contraditórios, podendo representar, em seus imaginários, o reforço de estigmas e discriminações, ou ser percebido como invasivo e constrangedor (Sacramento, 2011).

De acordo com Silveira (2021):

“Os sentimentos de violência, agressividade, medo e vergonha afloram quando questões que evocam o racismo emergem. O questionamento sobre a raça/cor vira conflito diante da pessoa negra, pois explicita uma hierarquização entre o(a) branco(a) e o(a) negro(a). Dizer a raça/cor negra impede que se silencie.”

Além disso, emergiu a compreensão de que a interseccionalidade entre raça, gênero e classe social, associada às desigualdades históricas decorrentes da colonização e da escravização e às dinâmicas do capitalismo, produz condições de vida marcadas pela sobrecarga e precarização, limitando o tempo e as possibilidades de reflexão de pessoas negras sobre seu pertencimento racial (Akotirene, 2019).

Complementarmente, esse cenário submete pessoas negras a processos de autodepreciação e violências consigo mesmas, de forma consciente ou não, com o objetivo de tentar mitigar as experiências do racismo estrutural em suas vidas (Sacramento, 2011).

Compreender a melhor forma de realizar a coleta do quesito raça/cor pode contribuir com a redução de desconfortos vivenciados pelos profissionais e usuários. Baker (2006) aponta que os usuários possuem o direito de compreender a motivação de tais questionamentos, e que uma explicação transparente, assertiva e realizada com segurança favorece a confiança, melhora a comunicação entre profissionais e usuários e aumenta a adesão ao preenchimento correto do registro, fortalecendo a qualidade do cuidado prestado.

Carvalho e colaboradores (2023) relatam também que a EPS está associada a melhorias nos processos de trabalho, envolvimento profissional e construção coletiva de soluções, o que pode contribuir para qualificar a abordagem de temas sensíveis e reduzir constrangimentos na prática. Diante disso, fica evidente que utilizar essa ferramenta pedagógica entre profissionais e usuários dentro das UBS corrobora para fortalecimento do processo de trabalho e redução das iniquidades em saúde.

No entanto, é necessário considerar a sobrecarga de trabalho atribuída ao profissional da APS, principalmente por estar inserido em um escopo da RAS que está em contato constante com os usuários e seus familiares no território, gerenciando múltiplas demandas em contextos diversos. Por vezes, esse cenário leva o trabalhador a desenvolver um trabalho incompleto ou de má qualidade, que é agravado também devido ao subfinanciamento crônico do SUS e a deficiência de recursos físicos e humanos nos serviços (Garcia, 2018).

Assim como apresentado nos resultados deste relato de experiência, Silveira e colaboradores (2021), em sua pesquisa-intervenção com profissionais da APS sobre os efeitos da coleta do quesito raça/cor, também explicitaram que trabalhadores negros foram impactados ao longo do desenvolvimento das ações, especialmente no que se refere à reflexão sobre suas trajetórias pessoais, ao reconhecimento do pertencimento racial e às implicações dessas dimensões no processo de trabalho em saúde.

Frente a esse contexto, se faz necessário compreender que os profissionais de saúde também precisam ser racializados enquanto sujeitos que experienciam as mazelas do racismo, ou enquanto aqueles que se beneficiam dos privilégios que ele

promove (Gomes, 2017; Bento, 2022). Apesar de estarem em um espaço laboral, os trabalhadores também são carregados de experiências sociais e, por vezes, elaboram suas práticas profissionais a partir de suas percepções e subjetividades, sendo fundamental uma análise desse contexto para avançar em relação às desigualdades raciais e a produção de iniquidades em saúde (Mhery, 2002; Ayres, 2009).

## 7. CONCLUSÃO

Considerando os achados deste estudo, evidencia-se que a coleta e o preenchimento do quesito raça/cor na APS articulam-se a aspectos históricos, sociais e subjetivos dos sujeitos, apresentando-se como um dispositivo do SUS de elevada complexidade. Muito além de um método de coleta de dados, a sua existência na sociedade brasileira expõe como o racismo estrutural e institucional vinculam-se para garantir a manutenção de desigualdades raciais e produção de iniquidades em saúde direcionadas para a população negra.

O enfrentamento a essas questões perpassam pelo rompimento com a ilusão da existência da igualdade racial no Brasil, exigindo o reconhecimento do racismo como um grande catalisador das diversas disparidades em saúde vivenciadas pela população negra. As marcas da colonização, escravização e o processo de embranquecimento no Brasil produziram concepções sociais que naturalizam hierarquias raciais e influenciam as percepções nocivas e adoecedoras sobre corpos negros, contribuindo para a normalização de práticas racistas no cotidiano institucional.

A atuação de profissionais de saúde qualificados, comprometidos com a justiça social e com a mitigação do racismo, é primordial para a efetivação dos princípios norteadores do SUS. Contudo, o trabalhador, por si só, não garante a implementação concreta de políticas públicas voltadas para a população negra, sendo imprescindível que as instituições de saúde assegurem apoio institucional, condições adequadas de trabalho, processos contínuos de educação permanente em saúde e mecanismos de gestão que favoreçam práticas antirracistas no cotidiano dos serviços.

Ademais, é basilar compreender que profissionais de saúde negros também são atravessados pela operacionalização do racismo, vivenciando seus efeitos de forma direta em suas trajetórias pessoais e profissionais, ao passo que profissionais brancos, embora não sofram tais impactos de maneira equivalente, ocupam posições socialmente privilegiadas, sendo igualmente implicados na reprodução ou no enfrentamento dessas dinâmicas no cotidiano institucional.

## 8. REFERÊNCIAS

ALVES, Míriam Cristine. et al. **Autodeclaração da raça/cor no SUS: reflexões conceituais a partir da campanha realizada pelo estado do Rio Grande do Sul.** *Identidade!*. v. 22, n. 1, p. 05-15, 2017.

ANUNCIAÇÃO, Diana et al. **(Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 3911-3920, 2022.

ARAÚJO, Carla Luzia França. et al. **O quesito cor/raça em formulários de saúde: a visão dos profissionais de saúde.** *Rev. enferm.* v. 18, n. 2, p. 241-246, 2010.

YRES, José Ricardo C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/Abrasco, 2009.

D. W. Baker. et al. **Patients' Attitudes Toward Health Care Providers Collecting Information About Their Race and Ethnicity.** *Journal of General Internal Medicine*, v. 20, n. 10, p. 895-900, 2006.

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade.** São Paulo: Pólen, 2019. 152 p. (Feminismos Plurais). Coordenação de Djamila Ribeiro.

BATISTA, Luís Eduardo.; BARROS, Sônia. **Enfrentando o racismo nos serviços de saúde.** *Cad. Saúde Pública*. v. 33, n. 13, p. 1-5, (Suppl 1), 2017.

BATISTA, Luís Eduardo et al. **Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).** *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 29, n. 3, e190151, 2020.

BENTO, Maria Aparecida Silva. **O pacto da branquitude.** São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

BIDGOLI, Maryam Jafari. et al. **Perceived Discrimination in Health Care Settings and Care Delays in Patients With Diabetes and Hypertension.** *JAMA Network Open*. v. 8, n.3, e250046, 2025.

BORRET, Carla Luzia França. et al. **A sua consulta tem cor?"- Incorporando o debate racial na Medicina de Família e Comunidade - um relato de experiência.** Rev Bras MedFam Comunidade. v. 15, n. 42, p. 2255, 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. **Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 dez. 2007.

BRASIL. Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. **Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 ago. 1977.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. **Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem); cria o Conselho Nacional da Juventude e a Secretaria Nacional de Juventude; e dispõe sobre a Residência em Área Profissional da Saúde, entre outras providências.** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 1 jul. 2005.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 5, de 7 de novembro de 2014. **Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as diretrizes dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde.** *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)**. Instituída pela Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010. **Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. **Institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. **Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. **Institui incentivo financeiro federal para equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 maio de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde apresenta novos indicadores de indução de boas práticas para a Atenção Primária**. Brasília, 21 maio 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. **Dispõe sobre a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jul. 2018.

CAMARAGIBE (PE). Lei Municipal nº 49, de 1998. **Institui o Código de Saúde do Município de Camaragibe**. Camaragibe, 1998.

CAMARAGIBE (Município). Lei Ordinária nº 299, de 11 de outubro de 2006. **Cria as Regiões Político-Administrativas e os bairros do Município de Camaragibe**. Camaragibe, 2006. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br>. Acesso em: 20 jan. 2026.

CAMARGO, Joyce da Costa Silveira de et al. **Ações de educação permanente: recorte na saúde da população negra**. Cuadernos de Educación y Desarrollo, v. 16, n. 6, p. 1-17, 2024.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre o modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde**. In. MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. Agir em saúde: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

CARNEIRO, Sueli. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CARVALHO, Jadson Antonio Fontes et al. **Interseção entre políticas públicas e o Sistema Único de Saúde (SUS): implicações para a gestão em saúde e a prestação dos serviços à população**. v. 15, n. 41, p. 5903–5914, 2023.

CARVALHO, Letícia Abreu. et al. **Potencialidades das atividades de Educação Permanente em Saúde: uma revisão sistemática**. Boletim Conjuntura (BOCA). ano VI, v. 18, n. 53, p. 594–610, 2024.

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2004/2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA (CFMV). Resolução nº 1.275, de 25 de julho de 2019. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jul. 2019.

COUCEIRO, Sylvia Costa. **Abolição inconclusa: aspectos da perseguição às religiões afro-descendentes no Recife dos anos 1920**. Cadernos de Estudos Sociais, v. 20, n. 1, p. 2, 2004.

CUTI, L. S. **Quem tem medo da palavra negro?** In: NAOMI, M. K.; SILVA, M. L.; ABUD, C. A. (Ed.). *O racismo e o negro no Brasil: questões para a psicanálise*. São Paulo: Perspectiva, p. 197-212, 2017.

CYRINO, Carolina de Oliveira e Silva et al. **O que fazer com toda essa gente preta? Racismo científico e cativeiros do pós-abolição**. Revista Simbiótica, v. 9, n.2, p. 23-49, mai.-ago./2022.

D'AVILA, LS. et al. **Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um estado da região sudeste do Brasil**. Ciênc. Saúde Coletiva. v. 19, n. 2, p. 401-416, 2014.

DOS ANJOS, Gabriela. **A questão “cor” ou “raça” nos censos nacionais**. Indic. Econ. FEE, Porto Alegre, v. 41, n. 1, p. 103-118, 2013.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

FIGUEIREDO, Flávio Júnior Barbosa et al. **Políticas de saúde para a população negra: desafios na implementação da equidade no SUS**. Revista ARACÊ, São José dos Pinhais, v. 6, n. 4, p. 18268-18280, 2024.

FLEURY, S. **A questão democrática na saúde**. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997.

FERREIRA, J.S. **O percurso da saúde pública no Brasil: do empirismo à promoção da saúde**. Campo Grande: Editora UFMS, 2016.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

Fortuna CM, Matumoto S, Pereira MJB, et al. **Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos.** Rev. Latino-am Enfermagem., v. 21, n. 4, p.1-8, 2013.

GARCIA, Gracielle Pereira Aires.; Marziale, Maria Helena Palucci. **Indicadores de esgotamento profissional em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde.** Rev. Bras. Enferm. n. 71 (suppl 5), 2018.

GERMINATTI, Fernando Tadeu.; MITJAVILA.; Myriam. **Os “males da nação”:** **discursos médicos sobre eugenia e higiene no jornal correio paulistano (1918-1930).** In: MITJAVILA.; Myriam (org.). *A medicalização do espaço social: objetos discursivos e tecnologias políticas na América Latina do século XX.* 1. ed. São Paulo: LiberArs, p. 13-36, 2022.

GEUS, L.M.M. et al. **A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, suppl 1, p. 797-804, 2011.

GOMES, Nilma Lino. **O movimento negro educador. Saberes construídos na luta por emancipação.** Petrópolis, RJ: vozes, 2017.

GREGÓRIO, Heloisa Gabriela.; PERES, Roberta Guimarães. **A evolução do recorte de cor ou raça como indicador de políticas públicas no Brasil: visibilização e invisibilização da população negra brasileira.** Revista Argumentos, v. 21, n. 2, p. 246–273, jul./dez. 2024.

GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo. **Raça e cor no Brasil contemporâneo: oportunismo político e tendência histórica.** Revista de Antropologia, São Paulo, v. 67, e221938, 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2022.* Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

KARASCH, M. C. **A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850).** São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

LAGUARDIA J. **O uso da variável "raça" na pesquisa em saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva.** v. 14, n. 2. p. 197-234, 2004.

LEITE, José Correia; CUTI, Luiz Silva. **...E disse o velho militante José Correia Leite.** São Paulo: Secretaria Municipal de Cultura, 1992.

LOBATO, L. V. C. et al. **Reafirmar o direito à saúde, defender o SUS e construir justiça social: tese do Cebes 2021–2022.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 46, n. 132, p. 5–12, 2022.

LOPES, Fernanda; WERNECK, Jurema. **Saúde da população negra: da conceituação às políticas públicas de direito.** In: WERNECK, Jurema (Org.) Mulheres Negras: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Criola, p. 5-23, 2009.

MACHADO, Cristiane Vieira. Democracia, cidadania e saúde no Brasil: desafios para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Ciênc. saúde coletiva. v. 29, n. 7, e02192024, 2024.

MAIO, M. C.; MONTEIRO S. **Cidadania e saúde: etnicidade, raça e saúde no Brasil: questões e desafios.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica.** 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

MILANEZE, Jaciane. **“Eu não vou parar por causa de uma raça”:** a coleta da raça/cor no SUS. Dados – Revista de Ciências Sociais. São Paulo: Afro/Cebrap, 2020.

MUNANGA, Kabengele. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil: identidade nacional versus identidade negra.** Petrópolis: Vozes, 2004.

NASCIMENTO, Abdias do. **O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

NETO, José Antônio Chehuen. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional.** Ciênc. saúde coletiva, n. 20, v.6, p. 1909 a 1916, 2015.

PAIM Jairnilson Silva. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos.** Ciência & Saúde Coletiva. n. 23, v.6, p.1723-1728, 2018.

PEREIRA, Chirlene Oliveira de Jesus; FERREIRA, Sílvia Lúcia. **Experiências de mulheres quilombolas com planejamento reprodutivo e assistência no período gravídico-puerperal.** Revista Feminismos, v.4, n. 2/3, 2016.

PERNAMBUCO (Estado). Lei nº 13.700, de 18 de dezembro de 2008. Dispõe sobre normas de vigilância em saúde no Estado de Pernambuco. Recife, 2008.

**PERNAMBUCO (Estado). Lei nº 15.066, de 29 de maio de 2013. Dispõe sobre a Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco.** Diário Oficial do Estado de Pernambuco, Recife, 30 maio de 2013.

PERNAMBUCO (Estado). Lei nº 18.691, de 18 de setembro de 2024. **Estabelece os objetivos e diretrizes da Política Estadual de Triagem Neonatal.** Diário Oficial do Estado de Pernambuco, Recife, 2024.

PIRES DE PIRES, Denise Elvira et al. **Gestão em saúde na Atenção Primária: o que é tratado na literatura.** Texto & Contexto – Enfermagem, v. 28, e20160426, 2019.

QUADROS, Alexander de et al. **Racismo institucional: uma revisão integrativa sobre a saúde da população negra.** Brazilian Journal of Development. v. 6, n. 10, p. 81483-81492, 2020.

RODRIGUES, João Victor da Silva et al. **Entre o corpo e o espírito: saúde e doença no culto à jurema sagrada.** Revista Arecê, São José dos Pinhais, v.7, n.7, p.41154-41173, 2025.

RODRIGUES, Luciana. et al. Perguntar para quê? Quesito raça/cor no cadastro único para programas sociais. Psicol. Soc. v. 34, e237658, 2022.

ROSA, Marcus Vinicius de Freitas. **Além da invisibilidade: história social do racismo em porto alegre durante o pós-abolição (1884-1918)**. Tese (Doutorado em História Social) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

SACRAMENTO, Amália Nascimento. **Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça**. Rev. esc. enferm. v. 45, n. 5, P. 1142-1149, 2011.

SANTOS, Gutiele Gonçalves.; PINTO, Jacques Ferreira. **Ponta de Lança**. Revista Eletrônica de História, Memória & Cultura, São Cristóvão, v. 15, n. 29, 2021.

SANTOS, Josenaide Engracia dos; SANTOS, Giovanna Cristina Siqueira. **Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 563–570, out./dez. 2013.

SANTOS, S. Boaventura. **Pela Mão de Alice**. São Paulo: Cortez Editora, 1995.

SEYFERTH, G. **A invenção da raça e o poder discricionário dos estereótipos**. Anuário Antropológico. v. 18, n. 1, p. 175-203, 2018.

SFEZ, L. **A saúde perfeita: crítica de uma nova utopia**. São Paulo: Loyola, 1996.

SILVA, Amanda Carvalho da. **Minha cor, eu declaro. Minha história, eu conto: vivências interseccionais na Atenção Primária à Saúde em tempos de Covid-19**. Revista Ibero- Americana de Humanidades, Ciências e Educação. v.8, n.07, p. 513-529, 2022.

SILVA, André Luiz. et al. **Práticas de cuidado e espiritualidade no contexto das religiões de matriz africana e do racismo: notas para resistência antirracista**. Revista Jesus Histórico, v. 13, n. 24, p. 195-214, 2020.

SILVA, J. et al. **A promoção da igualdade racial em 2006 e o Programa de Combate ao Racismo Institucional**. In: JACCOUD, L. (org.). A construção de uma política de promoção da igualdade racial: uma análise dos últimos vinte anos. Brasília: Ipea. p. 147-170, 2009.

SILVA, Silvana Oliveira da et al. **“Na verdade eu nunca participei e nem ouvi falar sobre”**: a PNSIPN na perspectiva de gestores e profissionais da saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 31, n. 4, p. 1-11, 2022.

SILVEIRA, Raquel et al. **Reflexões sobre a coleta do quesito raça/cor na Atenção Básica (SUS) no Sul do Brasil**. *Saúde soc.* v. 30, n. 2, e200414, 2021.

SOUZA, Célio Bispo de. **A importância do médico veterinário na Atenção Básica da Estratégia Saúde da Família**. In: *Horizontes da Ciência: um diálogo interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Editora Epitaya, 2025.

SOUZA, Neusa Santos. **Tornar-se negro: ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social**. Rio de Janeiro: Graal, 1983. Disponível em: [https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1154/o/Neusa\\_Santos\\_Souza\\_-\\_Tornar-se\\_Negro.pdf?1599239573](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1154/o/Neusa_Santos_Souza_-_Tornar-se_Negro.pdf?1599239573). Acesso em: 13 fev. 2026.

TEIXEIRA, Ana Claudia; MARANHÃO, Tatiana; LOTTA, Gabriela. **Conferências municipais**. São Paulo: Pólis, 2005.

WERNECK, Jurema. **Racismo institucional e saúde da população negra**. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

## ANEXO A



**Ministério da Saúde**  
**Gabinete do Ministro**

### 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.*

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010, que institui o Estatuto da Igualdade Racial;

Considerando o Decreto nº 65.810, de 8 de dezembro de 1969, que promulga a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial;

Considerando a Portaria nº 3.947/GM/MS, de 25 de novembro de 1998, que aprova os atributos comuns a serem adotados, obrigatoriamente, por todos os sistemas e base de dados do Ministério da Saúde, a partir de 1º de janeiro de 1999;

Considerando a Portaria nº 992/GM/MS, de 13 de maio de 2009, que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN);

Considerando a Resolução nº 2/CIT, de 2 de setembro de 2014, que dispõe sobre o II Plano Operativo (2013-2015) da PNSIPN no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual ratifica os compromissos sanitários prioritários pactuados entre as esferas de governo da consolidação do SUS, visando qualificar a gestão, as ações e serviços do sistema de saúde;

Considerando a Conferência Mundial contra o Racismo, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas que firma acordos e resoluções internacionais dos quais o Brasil é signatário;

Considerando a relevância da variável raça/cor nos sistemas de informações de saúde para o estudo do perfil epidemiológico dos diferentes grupos populacionais segundo critérios raciais/étnicos;

Considerando a necessidade de subsidiar o planejamento de políticas públicas que levem em conta as necessidades específicas destes grupos;

Considerando que a melhoria da qualidade dos sistemas de informação dos SUS no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados desagregados por cor, etnia e gênero; e

Considerando o caráter transversal das ações de saúde da população negra e o processo de articulação entre as Secretarias e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde e as instâncias do SUS, com vistas à promoção da equidade, resolve:

Art. 1º A coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor serão obrigatórios aos profissionais atuantes nos serviços de saúde, de forma a respeitar o critério de autodeclaração do usuário de saúde, dentro dos padrões utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que constam nos formulários dos sistemas de informações da saúde como branca, preta, amarela, parda ou indígena.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. *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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 fevereiro de 2017.

## ANEXO B



**Ministério da Saúde**  
Gabinete do Ministro

### **PORTARIA Nº 992, DE 13 DE MAIO DE 2009**

#### ***Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra***

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a diretriz do Governo Federal de reduzir as iniquidades por meio da execução de políticas de inclusão social;

Considerando os compromissos sanitários prioritários nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, pactuados entre as esferas de governo na consolidação do SUS, visando qualificar a gestão e as ações e serviços do sistema de saúde;

Considerando o caráter transversal das ações de saúde da população negra e o processo de articulação entre as Secretarias e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde e as instâncias do Sistema Único de Saúde - SUS, com vistas à promoção de equidade;

Considerando que esta Política foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde - CNS e pactuada na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite - CIT;

Considerando a instituição do Comitê Técnico de Saúde da População Negra pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.678/GM, de 13 de agosto de 2004, que tem a finalidade de pro-mover a equidade e igualdade racial voltada ao acesso e à qualidade nos serviços de saúde, à redução da morbimortalidade, à produção de conhecimento e ao fortalecimento da consciência sanitária e da participação da população negra nas instâncias de controle social no SUS; e

Considerando o Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, que cria o Programa Brasil Quilombola, com o objetivo de garantir o desenvolvimento social, político, econômico e cultural dessas comunidades, e conforme preconizado nos arts. 215 e 216 da Constituição, no art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias - ADCT e na Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho - OIT, resolve:

Art. 1º Instituir a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Art. 2º A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa SGEPE articulará no âmbito do Ministério Saúde, junto às suas Secretarias e seus órgãos vinculados, a elaboração de instrumentos com orientações específicas, que se fizerem necessários à implementação desta Política.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009* Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 maio de 2009.

## ANEXO C



**Ministério da Saúde**  
**Gabinete do Ministro**

### **PORTARIA Nº 2.761, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013**

*Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS).*

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Portaria nº 3.027/GM/MS, de 26 de novembro de 2007, que aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (PARTICIPASUS);

Considerando a Portaria nº 1.256/GM/MS, de 17 de junho de 2009, que institui o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS);

Considerando as Conferências Nacionais de Saúde, em especial a 12ª de 2004, a 13ª de 2008 e a 14ª de 2011, que expressam a demanda pela implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde;

Considerando a diretriz do Governo Federal de reduzir as iniquidades em saúde por meio da execução de políticas de inclusão social;

Considerando a reunião do Conselho Nacional de Saúde (CNS) ocorrida em 12 de julho de 2012, que aprovou a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, que visa colocar as práticas populares em saúde em um plano mais amplo, de forma democrática e com participação social; e

Considerando a pactuação ocorrida na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de 28 de maio de 2013, resolve:

Art. 1º Esta Portaria institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPSUS).

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013*. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 nov. 2013