

Avaliação da Atenção Primária à Saúde pela população negra: facetas do racismo institucional

Evaluation of Primary Health Care by the black population: facets of institutional racism

Eduarda Bernadete Tochetto¹, Clarissa Bohrer da Silva², Letícia de Lima Trindade³, Francielli Girardi⁴, Ana Paula Lopes da Rosa⁵, Letícia Stake Santos⁶

Artigo de Revisão

RESUMO

Objetivou-se avaliar a qualidade dos serviços ofertados pela Atenção Primária à Saúde (APS) à população negra. Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, realizado nos serviços da APS de um município do oeste de Santa Catarina. Os participantes foram 88 usuários dos serviços que se autodeclararam negros. Para coleta de dados, aplicou-se um questionário de caracterização e o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, PCATool-Brasil, versão adulto reduzida, no período de junho a outubro de 2021. Os dados foram submetidos à análise descritiva e analítica. Os participantes avaliaram os atributos da APS aquém do ideal, com médias de 5,91 no Escore Geral, 6,04 no Escore Essencial e 5,01 no Escore Derivado. Apenas o Acesso de primeiro contato – utilização e Longitudinalidade e a variável Grau de Afiliação atingiram médias consideradas satisfatórias. Ter algum problema de saúde apresentou relação significativa nas melhores avaliações do escore geral (6,43; $p=0,004$) e essencial (6,57; $p=0,006$), apesar de insatisfatórias. Conclui-se a necessidade de melhoria dos serviços da APS para a população negra, especialmente na ruptura das barreiras de acesso e acolhimento integral, visando à diminuição das iniquidades étnico-raciais em saúde de forma a mitigar o racismo institucional.

PALAVRAS-CHAVE: População Negra. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The objective of the study was to evaluate the quality of services offered by Primary Health Care (PHC) to the black population. This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach carried out in the PHC services of a municipality in the west of Santa Catarina. The participants were 88 service users who declared themselves black. For data collection, a characterization questionnaire and the Primary Care Assessment Tool, PCATool-Brasil, reduced adult version, were applied from June to October 2021. The data were submitted to descriptive and analytical analysis. The attributes of PHC were evaluated as less than ideal by the participants, with averages of 5.91 in the General Score, 6.04 in the Essential Score and 5.01 in the Derived Score. Only First Contact Access – Use and Longitudinality and the variable Degree of Affiliation reached averages considered satisfactory. Having a health problem showed a significant relationship with the best evaluations of the general (6.43; $p=0.004$) and essential (6.57; $p=0.006$) scores, although unsatisfactory. The study led to the conclusion that there is a need to improve PHC services for the black population, especially a need to break barriers to access and comprehensive care so as to reduce ethnic-racial inequalities in health in order to mitigate institutional racism.


KEYWORDS: Black People. Primary Health Care. Unified Health System. Health Services Research.

¹ Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) –  <https://orcid.org/0000-0002-6669-0564>

² Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) –  <https://orcid.org/0000-0002-1254-019X> –  clabohrer@gmail.com

³ Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) –  <https://orcid.org/0000-0002-7119-0230>

⁴ Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) –  <https://orcid.org/0000-0002-9367-878X>

⁵ Secretaria Municipal de Saúde Chapecó, SC –  <https://orcid.org/0000-0002-1923-0899>

⁶ Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) –  <https://orcid.org/0000-0002-0394-8919>

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como a base dos sistemas nacionais de saúde e porta de entrada preferencial para que se organizem os níveis de assistência visando à promoção da saúde e prevenção de agravos da população. Starfield¹ norteia a APS por meio de quatro atributos essenciais, considerados estruturantes, sendo eles: acesso do primeiro contato, que remete à utilização e à acessibilidade por parte dos usuários em reconhecer a APS como porta de entrada ao sistema e se estes conseguem acessar os serviços disponíveis dentro das unidades; a longitudinalidade, que consiste na continuidade da atenção, bem como a utilização dela ao longo do tempo; a integralidade, que remete às ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral; e a coordenação de atenção, que compreende a continuação do atendimento ao usuário por parte de um mesmo profissional. Além dos atributos essenciais, há dois atributos derivados, que são qualificadores da atenção, sendo: orientação familiar, que consiste em considerar o contexto familiar e o seu potencial de cuidado e risco de cada usuário; e orientação comunitária, que se refere ao reconhecimento das condições e necessidades em saúde da comunidade atendida com base no contato direto e nas informações epidemiológicas¹⁻².

Por meio desses atributos é possível avaliar o grau de orientação à APS pelos serviços³. Esse grau de orientação abrange estratégias de qualificação e avaliação contínuas das estruturas, processos e resultados em saúde visando à integralidade e à universalidade da atenção¹. Um sistema de saúde somente será atingido mediante a luta constante pelo direito à saúde a toda a população⁴.

Nesse sentido, cabe ressaltar que as condições mais precárias de assistência à saúde estão interrelacionadas com a questão étnico-racial. No cenário internacional, países como a Colômbia e os Estados Unidos da América (EUA)⁵ estruturaram o acesso à saúde da população negra por meio de regimes subsidiados que, por vezes, não dão conta das suas necessidades de saúde.

Para atenuar as iniquidades raciais em saúde no Brasil, em 2009, foi aprovada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). A política foi resultado dos movimentos sociais negros, que buscavam a atenção à saúde, garantida pela Constituição Brasileira⁴. Apesar da garantia constitucional do acesso universal e equânime ao direito à saúde, a população negra não possui a mesma oportunidade e qualidade fornecida à população branca⁶. Por isso, faz-se necessária a rememoração das condições de vida e saúde da população negra que esteve à margem da sociedade desde o processo da escravidão que perdurou por 300 anos e construiu um ideal de inferiorização da dignidade e humanidade dessa população^{3,7}.

A despeito da legitimidade PNSIPN, cujo objetivo é garantir a equidade à saúde por meio da promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis⁸, os dados atuais demonstram o abismo existente entre a assistência à saúde e a população negra. Em 2021, no Brasil, a porcentagem de nascidos vivos sem nenhuma consulta pré-natal é de 1,81% (n=48.679), sendo que, destes, 72,4% eram da população negra. No mesmo ano, dentre as mortes materna registradas, 53,3% eram mulheres negras⁹⁻¹⁰.

Em Santa Catarina, pouco mais de 50% da população negra procura APS como primeiro serviço de atendimento quando necessita¹¹, demonstrando as suas questões de vulnerabilidade e desigualdade social. Esses dados reforçam a produção e reprodução do racismo estrutural no Brasil por meio do silêncio da população branca sobre o legado da escravidão e as diferentes dimensões do privilégio branco e inferiorização da população negra¹².

Como um reflexo do racismo estrutural que está moldado na consciência da sociedade, há o racismo institucional, invisibilizado dentro das instituições públicas e privadas, que criam mecanismos e normas discriminatórias que excluem a população negra do acesso a determinados serviços e ações. Nessa perspectiva, a presença do racismo institucional nas instituições de saúde se caracteriza pela indisponibilidade ou ainda pelo acesso reduzido a políticas de qualidade e à informação, bem como a participação e o controle social da população negra no âmbito da saúde. A APS tende a contribuir com o racismo institucional na saúde, na medida em que silencia e invisibiliza as iniquidades em saúde vivenciadas pela população negra e os impactos do racismo no processo de saúde e adoecimento⁵.

Sendo assim, é imprescindível compreender como a população negra avalia os serviços de saúde oferecidos no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente na APS, para que seja possível (re)construir políticas e potencializar cada vez mais a assistência à saúde dessa população¹¹. A partir disso, objetivou-se avaliar a qualidade dos serviços ofertados pela APS na perspectiva da população negra.

METODOLOGIA

Estudo transversal realizado nas 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Chapecó, localizado no oeste do estado de Santa Catarina, sendo todas Estratégias Saúde da Família (ESF), comportando 61 equipes de Saúde da Família. Trata-se de um recorte do projeto matricial intitulado “Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó”, enfocando a população negra que participou do estudo.

Os participantes do estudo foram os usuários pertencentes à população negra. Como critérios de inclusão, consideraram-se adultos (idade igual ou acima de 18 anos), autodeclarados

como população negra, e ser usuário de uma das ESF do município pelo menos uma vez nos últimos 12 meses. Excluíram-se aqueles com limitação de idioma português ou que referiram serviços particulares como fonte regular de atenção à saúde.

Para o cálculo amostral da população negra, consideraram-se a porcentagem de pertencentes à população negra do município, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (23,6%), e a amostra dos usuários na pesquisa matricial que foi de 247 participantes em geral (considerando a população total do município, erro amostral de 5%, margem de confiança 95%). Nesse sentido, realizou-se a proporção de 23,6% dos 247 participantes, resultando na amostra estimada da população negra de 58 participantes. Entretanto, optou-se por utilizar o quantitativo total de 88 participantes pertencentes à população negra abordados na coleta de dados do estudo matricial.

A coleta de dados ocorreu no período de junho a dezembro de 2021 em todas as 26 unidades de saúde do município. Aplicaram-se dois instrumentos: um questionário de caracterização dos usuários da APS, contendo 16 questões acerca dos dados sociodemográficos, clínicos e de utilização dos serviços, e o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) versão adulto reduzida. Utilizou-se o celular com os instrumentos organizados no programa Epi Info™ visando facilitar a coleta.

Os itens do instrumento do PCATool-Brasil medem a presença e a extensão de cada atributo da APS por meio de escala Likert, sendo que as respostas possíveis para cada um dos itens são: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/não lembro” (valor=9). O instrumento considera os valores (1 a 4) obtidos em cada resposta e, a partir destes, pode-se atingir o escore médio de cada atributo da APS, do escore essencial (todos os atributos essenciais), derivado (atributos derivados) e geral (todos os atributos), conforme preconiza as orientações do manual do instrumento. Os escores dos componentes ou atributos foram transformados para valores variando de 0 a 10, sendo avaliados como altos escores valores iguais ou maiores que 6,6¹³.

Após a organização, os dados foram reunidos em um único documento do *software* Excel (Microsoft®). Posteriormente, essa planilha foi importada para o programa SPSS Statistics, versão 21.0, para realização da análise do banco de dados. Para análise, utilizou-se a estatística descritiva, sendo que as variáveis categóricas foram expressas em frequência absoluta e relativa e as variáveis quantitativas em média e desvio padrão ou mediana, mínimo, máximo e intervalo interquartil, de acordo com a simetria ou não dos dados, respectivamente.

A consistência interna dos componentes do PCATool-Brasil versão adulto pelos participantes da população negra foi avaliada por meio do Alpha de Cronbach, obtendo o grau de consistência de 0,79. Para a análise das proporções, utilizou-se o Teste Qui-Quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher, buscando identificar as variáveis (sociodemográficas, clínicas

e de utilização dos serviços de saúde) associadas à presença e extensão dos atributos. Todos os componentes apresentaram distribuição não normal ($p \leq 0,05$), para tanto foi utilizado o teste não paramétrico Teste de Mann-Whitney. O nível de significância assumido em todos os testes foi de 5% ($p \leq 0,05$).

Esta pesquisa seguiu todos os aspectos éticos de pesquisa com seres humanos de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC (parecer n.º 4.150.955; CAAE n.º 32225420.6.0000.0118)

RESULTADOS

Dos 88 usuários negros participantes da pesquisa, 33 (37,5%) avaliaram o escore geral da APS do município como alto (médias $\geq 6,6$) e 55 (62,5%) como baixo, demonstrando que os serviços de saúde avaliados não proporcionam os atributos em sua total extensão à população negra. A Tabela 1 apresenta os dados referentes à caracterização sociodemográfica dos participantes. Houve significância estatística na variável possuir filhos na comparação entre os grupos classificados em alto e baixo escore.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos usuários negros de acordo com o escore geral da APS, Chapecó, Santa Catarina, Brasil, 2021 (n=88)

| Variáveis | Alto escore geral (n=33) | Baixo escore geral (n=55) | p valor | Total (n=88) |
|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------|
| Sexo | | | 0,598* | |
| Feminino | 21 (63,6%) | 38 (69,1%) | | 59(67,0%) |
| Masculino | 12 (36,4%) | 17 (30,9%) | | 29(33,0%) |
| Escolaridade | | | - | |
| Não alfabetizado | 2 (6,1%) | 1 (1,8%) | | 3 (3,4%) |
| Ensino fundamental | 18 (54,5%) | 21 (38,2%) | | 39 (44,3%) |
| Ensino médio | 11 (33,3%) | 18 (32,7%) | | 29 (33,0%) |
| Ensino superior | 2 (6,1%) | 15 (27,3%) | | 17 (19,3%) |
| Situação conjugal | | | 0,782* | |
| Com companheiro | 14 (42,4%) | 25 (45,5%) | | 39 (44,3%) |
| Sem companheiro | 19 (57,6%) | 30 (54,5%) | | 49 (55,7%) |
| Filhos | | | 0,019^f | |
| Não | 3 (9,1%) | 18 (32,7%) | | 21 (23,9%) |
| Sim | 30 (90,9%) | 37 (67,3%) | | 67 (76,1%) |

| Variáveis | (Conclusão) | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|--------------------|------------------------------|
| | Alto escore geral (n=33) | Baixo escore geral (n=55) | p valor | Total (n=88) |
| Trabalha | | | 0,263* | |
| Não | 16 (48,5%) | 20 (36,4%) | | 36 (40,9%) |
| Sim | 17 (51,5%) | 35 (63,6%) | | 52 (59,1%) |
| Renda - mediana (intervalo interquartil) (n=78) | | | 0,487 [†] | |
| | R\$ 2.150 (1.700 – 3.000) | R\$ 2.000 (1.325 – 3.000) | | R\$ 2.100 (1.475 – 3.000) |

*Teste qui quadrado [‡]Teste Exato de Fisher [†]Teste de Mann Whitney

Fonte: elaborada pelas autoras

A Tabela 2 apresenta a característica clínica e de utilização dos serviços da APS dos usuários negros. Dentre os participantes, 37 (42%) usuários referiram ter problemas de saúde, prevalecendo em 16 (43%) a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 6 (16%) a Diabetes Mellitus (DM), sendo que alguns relataram possuir mais de uma patologia.

No que se refere à identificação geográfica da UBS mais próxima, todos os usuários afirmaram o conhecimento, porém, na variável de satisfação com a UBS, 12 (13,6%) relataram não estar satisfeito com a sua unidade de saúde de referência.

Tabela 2 - Características clínicas e de utilização dos serviços pelos usuários negros de acordo com o escore geral da APS, Chapecó, Santa Catarina, Brasil, 2021 (n=88)

| Variáveis | Alto escore geral (n=33) | Baixo escore geral (n=55) | p valor | Total (n=88) |
|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------------|-----------------|
| Possui algum problema de saúde | | | 0,006* | |
| Não | 13 (39,4%) | 38 (69,1%) | | 51 (58,0%) |
| Sim | 20 (60,6%) | 17 (30,9%) | | 37 (42,0%) |
| Sabe qual a UBS mais próxima | | | - | |
| Não | 0 (0%) | 0 (0%) | | 0 (0%) |
| Sim | 33 (100%) | 55 (100%) | | 88 (100%) |
| Frequenta a UBS mais próxima | | | 0,520 ^f | |
| Não | 0 (0%) | 2 (3,6%) | | 2 (2,3%) |
| Sim | 33 (100%) | 53 (96,4%) | | 86 (97,7%) |
| Está satisfeito com a UBS | | | 0,003 ^f | |
| Não | 0 (0%) | 12 (21,8%) | | 12 (13,6%) |
| Sim | 33 (100%) | 43 (78,2%) | | 76 (86,4%) |

*Teste qui quadrado ^f Teste Exato de Fisher

Fonte: elaborada pelas autoras

A Tabela 3 traz uma comparação da média dos escores essencial, derivado e geral entre a população negra que referiu possuir ou não um problema de saúde. Evidenciou-se que existe uma diferença significativa entre as médias de avaliação entre quem possuem problemas de saúde ou não, sendo que quem possui problemas de saúde avalia o serviço mais próximo de sua satisfação do que os usuários que não possuem problemas de saúde.

Tabela 3 – Comparação da média dos escores essencial, derivado e geral entre a população negra que referiu possuir ou não um problema de saúde, Chapecó, Brasil, 2021. (n=88)

| Escores/atributo | Possui algum problema de saúde Média (desvio padrão) (n=37) | Não possui algum problema de saúde Média (desvio padrão) (n=51) | p valor |
|-------------------------|--|--|--------------------------|
| Escore Geral | 6,43 (±1,53) | 5,53 (±1,28) | 0,004[†] |
| Escore Essencial | 6,57(±1,56) | 5,66 (±1,26) | 0,006[†] |
| Escore Derivado | 5,46(±2,99) | 4,68 (±2,30) | 0,219[†] |

†Teste Mann Whitney.

Fonte: elaborada pelas autoras

A Tabela 4 demonstra um resumo da média dos atributos e escores da APS pela população negra. A maioria dos atributos foi considerada aquém do ideal na avaliação pelos usuários. Apenas os seguintes atributos apresentaram valores satisfatórios: Acesso de primeiro contato – utilização e Longitudinalidade, bem com a variável afiliação (a qual faz parte do atributo longitudinalidade e demonstra que os usuários possuem a UBS como referência para suas necessidades em saúde).

Tabela 4 - Avaliação dos escores por atributo/componente da APS pelos usuários negros, Chapecó, Brasil, 2021. (n=88)

| Atributo/Escore | Média | Desvio Padrão | IC de 95% |
|--|--------------|----------------------|------------------|
| Afiliação | 6,93 | 2,91 | 6,31-7,54 |
| Acesso primeiro contato - Utilização | 8,40 | 2,98 | 7,77-9,04 |
| Acesso primeiro contato - Acessibilidade | 6,45 | 2,59 | 5,90-7,00 |
| Longitudinalidade | 7,33 | 2,04 | 6,90-7,77 |
| Integralidade - Serviços disponíveis | 4,86 | 2,63 | 4,30-5,42 |
| Integralidade - Serviços prestados | 6,02 | 2,82 | 5,42-6,62 |
| Coordenação da atenção - Integração de cuidados | 4,72 | 2,33 | 4,23-5,22 |
| Coordenação da atenção - Sistemas de Informações | 5,71 | 2,94 | 5,09-6,34 |

(Conclusão)

| Atributo/Escore | Média | Desvio Padrão | IC de 95% |
|------------------------|--------------|----------------------|------------------|
| Orientação familiar | 5,85 | 3,05 | 5,20-6,49 |
| Orientação comunitária | 3,33 | 3,50 | 2,59-4,07 |
| Escore Essencial | 6,04 | 1,46 | 5,73-6,35 |
| Escore Derivado | 5,01 | 2,62 | 4,45-5,56 |
| Escore Geral | 5,91 | 1,45 | 5,60-6,22 |

Obs.: destaque em negrito aos valores considerados satisfatórios ($\geq 6,6$)

Fonte: elaborada pelas autoras

DISCUSSÃO

A avaliação da presença e da extensão dos atributos da APS é fundamental para garantir a qualidade da assistência no serviço de saúde, bem como serve como parâmetro para os gestores, profissionais e pesquisadores. Quando a presença e a extensão dos atributos são consideradas satisfatórias, é um indicativo de uma APS sólida, que promove as ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde de forma eficaz e resolutiva^{1,14}.

Em geral, a avaliação da presença e extensão dos atributos da APS no município de Chapecó, sob a perspectiva dos usuários negros, evidencia que em sua totalidade os atributos não alcançaram o escore necessário para os serviços de saúde se denominarem como orientados à APS. Pesquisas realizadas em Florianópolis-SC¹⁴, Palmas-TO¹⁵ e Guarapuava-PR¹⁶ corroboram com esse resultado, apesar de não abordarem especificadamente a população negra.

Evidenciou-se neste estudo a prevalência do sexo feminino, sendo um indício de que as mulheres frequentam mais os serviços de saúde da APS. Corroborando com o perfil sociodemográfico apresentado, um estudo realizado em Florianópolis-SC¹⁵ demonstra que o nível de escolaridade e a renda da população negra são inferiores à população branca, sendo que a taxa de analfabetismo é 2,3 vezes maior e a renda média domiciliar per capita é 2,1 vezes menor na população negra, tal que homens brancos têm os melhores rendimentos, seguidos de mulheres brancas, homens negros e mulheres negras.

Sobretudo, a população negra, por conta das questões de vulnerabilidade e desigualdade social, procura mais a APS como primeiro serviço de atendimento quando necessita do que a população branca¹¹. Esse dado pode estar relacionado com o fato de que a desigualdade social geralmente está associada a situações que envolvem algum nível de iniquidade, ou seja,

diferenças que são desiguais porque estão ligadas a características sociais que colocam alguns grupos em desvantagem, como ocorre com a população negra¹⁸.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2015, aproximadamente metade da população negra brasileira é composta de mulheres. Ademais, há uma tendência nesta década que demonstra o crescimento das famílias em que as mulheres negras são as responsáveis pela chefia, mães solas com filhos, que assumem a responsabilidade do domicílio, sendo a única fonte de renda, o que torna essas famílias mais vulneráveis e evidencia a sobrecarga dessas mulheres. Essa desigualdade também é evidenciada na educação, em que o índice de analfabetismo é sobre-representado pela população negra e, inversamente, sub-representado pela população branca¹⁹.

A prevalência de HAS, DM e depressão na população negra é corroborada por estudo que aponta que elas se classificam em doenças geneticamente determinadas¹⁷. É fato que quando os usuários possuem um algum problema de saúde tendem a utilizar mais o serviço, sendo que neste estudo avaliaram com mais satisfação. Estudo corrobora com esse resultado apontando que a comorbidade se torna um facilitador na utilização e acesso, pois os agravos à saúde são alvos de maior atenção dos profissionais, porém, por vezes, devido à maior utilização dos serviços, podem se deparar com barreiras no acesso e, por isso, avaliá-lo com negatividade¹⁸.

O atributo Acesso de primeiro contato/utilização, Longitudinalidade e o componente Afiliação foram considerados satisfatórios pela população negra do estudo. Isso evidencia que esta procura primeiramente as UBS antes de buscar por outro serviço de saúde, bem como mantém vínculo com a UBS na qual é atendida¹⁵⁻¹⁸. Também indica que há por parte das unidades um acompanhamento continuado de atenção, com a presença de vínculo e de confiança entre usuários negros e profissionais de saúde, assim como o componente Afiliação, demonstra que os usuários da população negra priorizam utilizar os serviços do primeiro nível de atenção, tendo este como referência para o primeiro atendimento a sua unidade de referência/vínculo¹. Em contrapartida, em estudo realizado em uma comunidade quilombola do norte de Minas Gerais o atributo obteve média de 6,1, sugerindo fragilidades na relação interpessoal, vínculo e confiança entre profissional e usuários negros²⁰.

Os demais atributos avaliados como insatisfatórios demonstram o quanto os serviços de APS precisam melhorar para uma atenção qualificada à população negra. O atributo Acesso de Primeiro-Contato/Acessibilidade corrobora com outros estudos que avaliaram de forma insatisfatória^{14,18-21} e evidencia que a população negra encontra barreiras para conseguir atenção à saúde, sendo que um dificultador pode estar relacionado à disponibilidade de dias e horários de funcionamento das unidades de saúde. Cabe salientar que os níveis de instrução educacional e renda podem ser considerados fatores que interferem no acesso dessa população²².

O atributo integralidade e seus componentes serviços disponíveis e serviços prestados, avaliados como insatisfatórios, impõem o fato de que a atenção à saúde ainda se encontra centrada no modelo biomédico, pautado na queixa e conduta. Os usuários não reconhecem quais serviços possuem disponíveis no serviço da APS e também o que de fato foi prestado/orientado, indicando que não tem a plena certeza de que os aconselhamentos são fornecidos. Esse resultado reforça que é tarefa dos profissionais visualizarem o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual está inserido¹⁴.

Nesse sentido, o racismo institucional pode constituir como uma barreira para a elaboração de um cuidado eficaz para atender às necessidades da população negra. O fato de não olhar, não tocar e não seguir as mesmas condutas protocoladas são ações que caracterizam o racismo velado nas instituições de saúde¹⁴. Não presente somente nas instituições de saúde do Brasil, o racismo institucional enraizado nos EUA demonstra a necessidade de lidar com a escassez de profissionais e gerentes de saúde negros, investir em serviços e políticas que atendam a população negra, bem como desenvolver medidas e estratégias que ajudem a ganhar a confiança da população negra no sistema de saúde como uma via para promover a equidade em saúde⁵.

O racismo é conceituado em três esferas: individual, institucional e estrutural. O individual diz respeito às ações diretas atribuídas a grupos e em situações isoladas; o institucional é exposto dentro das instituições a partir das desvantagens e privilégios com base na raça; e o estrutural é decorrente da estrutura social, sendo evidenciado nas relações políticas, econômicas e jurídicas. Portanto, cabe frisar que o racismo existe além do âmbito individual, ele transcende nas instituições por conta da sua materialização social, em resumo, “as instituições são racistas porque a sociedade é racista”²³.

O atributo coordenação da atenção, (composto pelos componentes “sistemas de informação” e “integração de cuidados”) foi considerado aquém do ideal neste estudo, indicando falhas por parte do serviço da APS na referência e contrarreferência, no encaminhamento dos usuários da população negra às consultas nos serviços especializados, bem como uma deficiência na disponibilidade de informações por parte do serviço no fluxo do paciente entre os pontos de saúde. Corroborando com essa avaliação negativa, estudo pontua que, para a coordenação do cuidado ser realmente efetiva, faz-se necessário que ocorra a transmissão de informações e da assistência que os pacientes receberam em outros serviços, possibilitando a continuidade do cuidado e que a APS atue como responsável pela atenção ao usuário²⁴.

Os atributos derivados, orientação familiar e orientação comunitária, avaliados como insatisfatórios, indicam que a assistência de saúde da APS do município é falha ao integrar os usuários da população negra à sua família e reconhecê-los como pertencentes a uma

comunidade específica. Ressalta-se a importância de os profissionais conseguirem identificar as necessidades individuais dos usuários a partir do seu contexto familiar, podendo visualizar o seu potencial de cuidado e de ameaça à saúde¹³. Ainda, a visita domiciliar é uma importante ação para melhoria desses atributos, visto que todos os profissionais deveriam fazê-la, o que facilitaria a vigilância de saúde e o acompanhamento das famílias e da comunidade²⁵.

Influenciada pelo modelo biomédico, a naturalização apenas dos corpos brancos dificulta o acesso aos serviços de saúde daqueles corpos que se diferem do padrão dominante, e esse argumento se reflete nos maiores índices epidemiológicos de morbidade e mortalidade da população negra, indígena, LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexuais, Curioso, Assexuais +) e das pessoas com deficiência. E por conta desse racismo estrutural, atende-se primeiro quem tem privilégio de cor, de corpo não deficiente e de identidade cishétero. Para essa problemática, faz-se necessário romper a hegemonia cisheteronormativa branca para proporcionar um cuidado efetivado na equidade, universalidade e integralidade na APS²⁶.

Como limitação do estudo, denota-se a carência de investigações sobre a avaliação da APS na percepção dos usuários negros para fins de comparação com outros locais/regiões do país e, ainda, a necessidade de estudos qualitativos para explorar tais nuances de forma a respaldar futuras intervenções e qualificações em saúde. Além disso, potencialmente, a pesquisa pode não ter acessado os usuários negros que não utilizam os serviços públicos. Ainda, destaca-se que este estudo utilizou instrumentos de avaliação consagrados com participantes negros, sendo que tais instrumentos não foram desenvolvidos especificamente para as particularidades dessa população, o que pode sugerir estudos futuros nesse sentido visando, inclusive, ao acompanhamento das políticas públicas de saúde direcionadas a esse público.

CONCLUSÃO

Na avaliação da população negra, os serviços da APS do município do oeste de Santa Catarina não estão orientados para garantir a presença e a extensão dos atributos da APS. Isso demonstra impasses no fornecimento das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura de forma adequada a essa parcela da sociedade.

Sendo assim, reitera-se que para a melhoria dos atributos é vital romper as barreiras de acesso por meio de um acolhimento efetivo, uma escuta de qualidade e o uso de linguagem inteligível que respeite e integre a cultura e a visão de mundo da população negra e a faça sentir-se pertencente e integrante do SUS. Ademais, salienta-se a necessidade de melhorias no fornecimento de orientações por meio de um vínculo interpessoal, da assistência integral e do reconhecimento dos determinantes sociais que interferem na sua condição de saúde,

considerando a comunidade negra em seu aspecto social, familiar, político e cultural. A APS precisa promover a continuidade do cuidado ao longo do ciclo vital e reconhecer e encaminhar os pacientes negros aos outros níveis de atenção quando necessário.

Reforça-se a melhoria na assistência a essa população e (re)formulação de novas políticas públicas para as populações vulneráveis. É possível minimizar essas fragilidades quando reconhece a diversidade cultural e histórica que compõe a comunidade que atende.

O racismo precisa ser discutido na APS pela sua capilaridade na vida das pessoas, coletivos e territórios e, dessa forma, embasar a desconstrução dessas estruturas opressoras. Para mitigar os atos de preconceito, é preciso o desenvolvimento de consciência social e políticas em favor da população negra visando à melhoria da qualidade dos serviços nesse nível de atenção.

REFERÊNCIAS

1. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO: Ministério da Saúde, Brasília, 2002.
2. Silva EP, Almeida LL, Leão NML, Pires LVA, Franco JVV, Madeira SFN, et al. PCATool como instrumento de avaliação da Atenção Primária: Revisão integrativa. *Research, Society and Development* [Internet], 2022 [acesso em 2023 jan. 10];11(13):e203111335414. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i13.35414>
3. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC, et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2019 [acesso em 2023 jan. 10];35(3):e00012219. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>
4. Chehuen NJA, Fonseca GM, Brum IV, Santos JLCT, Rodrigues TCGF, Paulino KR, et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. *Ciênc. Saúde Colet* [Internet]. 2015 [acesso em 2023 jan. 10]; 20(6): 1909-1916. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.17212014>
5. Viáfara-López CA, Palacios-Quejada G, Banguera-Obregón A. Inequidad por la condición étnico-racial en el aseguramiento de salud en Colombia: un estudio de corte transversal. *Rev Panam Salud Pública* [Internet], 2021 [acesso em 2023 jan. 10];45:[9 p.]. doi: <http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2021.18>.
6. Dickman SL, Gaffney A, Mcgregor A, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH, et al. Trends in health care use among black and white persons in the US, 1963-2019. *JAMA network open* [Internet]. 2022;5(6): e2217383. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.17383>.
7. Borret RH, Silva MF, Jatobá LR, Vieira RC, Oliveira DOPS. “A sua consulta tem cor?” - Incorporando o debate racial na Medicina de Família e Comunidade - um relato de experiência. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2020 [acesso em 2023 jan. 10];15(42):2255. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2255](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2255).
8. Souza J. *A Elite do Atraso: Da Escravidão à Lava Jato*. LeYa, São Paulo. 2017.
9. Neto JAC, Fonseca GM, Brum IV, Santos JLCT, Rodrigues TCGF, Paulino KR, et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos

- socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. *Ciênc. saúde colet* [Internet]. 2015 [acesso em 2023 jan. 10];20(6): :1909-1916. doi: 10.1590/1413-81232015206.17212014
10. Brasil. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das Doenças Não Transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde (org.). Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna. 2021. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>.
 11. Matos CCSA, Tourinho FSV. Saúde da População Negra: como nascem, vivem e morrem os indivíduos pretos e pardos em Florianópolis (SC). *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2018 [acesso em 2023 jan. 10];13(40):1-13. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmf13\(40\)1706](https://doi.org/10.5712/rbmf13(40)1706)
 12. Bento, MAS. Branqueamento e Branquitude no Brasil In: *Psicologia social do racismo – estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil* /Petrópolis, RJ: Vozes, 2002, p. (25-58).
 13. Brasil. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil – 2020. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 2020.
 14. Gontijo TL, Duarte AGS, Guimarães EAA, Silva J. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. *Saúde debate* [Internet]. 2017 [acesso em 2023 jan. 10];41(114): 741-752. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711406>
 15. Vidal TB, Tesser CD, Harzheim E, Fontanive PVN. Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2012: estudo transversal de base populacional. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet] 2018 [acesso em 2023 jan. 10];27(4): e2017504. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000400006>
 16. Santos HS, Castro RG, Coelho SCD, Silva JC, Campos SL, Borges AKP, et al. Avaliação da atenção primária à saúde na perspectiva de gestantes do município de Palmas. *Research, Society and Development* [Internet], 2020 [acesso em 2023 jan. 10];9(10): e3229108529. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8529>
 17. Baratier T, Peres CK. Avaliação da atenção primária em um município do sul do Brasil. *Rev Univap* [Internet]. 2019 [acesso em 2023 jan. 10];25(48): 32–42. doi: <https://doi.org/10.18066/revistaunivap.v25i48.2214>
 18. Barata RB. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde* [Internet]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. 120 p.
 19. Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios. Retrato das desigualdades de gênero e raça. 2015. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/retrato/apresentacao.html>.
 20. Dantas MNP, Souza DLB, Souza AMG, Aiquoc KM, Souza TA, Barbosa IR. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2021 [acesso em 2023 jan. 10];24: e210004. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210004>
 21. Bulgarelli PT, Bulgarelli AF, Santos CM, Hilgert JB, Soares RR, Hugo FN. A perspectiva do usuário sobre o acesso aos serviços da atenção primária à saúde. *Tempus (Brasília)* [Internet]. 2018 [acesso em 2023 jan. 10];11(3): 216-231. doi: <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i3.2443>
 22. Almeida S. *Racismo estrutural*. São Paulo: Pólen Produção Editorial, 2019.
 23. Kessler M, Lima SBS, Weiller TH, Lopes LFD, Ferraz L, Eberhardt TD, et al. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2019 [acesso em 2023 jan. 10];32(2): 186-193. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900026>

24. Silva NN, Favacho VBC, Boska GA, Andrade EC, Mercês NP, Oliveira MAF. Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. Rev Brasileira Enferm [Internet]. 2020 [acesso em 2023 jan. 10];73(4): e20180834. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0834>
25. Alonso LS. O modelo biomédico dos corpos brancos cisheteronormativos e as barreiras de acesso à saúde para os corpos desviantes. Rev Estudos Libertários [Internet]. 2022 [acesso em 2023 jan. 10];4(10):49-65. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/estudoslibertarios/article/view/49660/27729>
26. Silva RR, Barbosa CSS, Sousa AAP. Vozes que ecoam: racismo, violência e saúde da população negra. Revista Katálysis [Internet], 2019 [acesso em 2023 jan. 10];24(2): 353-363. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e77967>

Artigo recebido em fevereiro de 2023

Versão final aprovada em julho de 2023