



Trabalho, Educação e Saúde

ARTIGO

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2978>

“Ela poderia ser minha mãe”: cuidado interseccional dos agentes comunitários de saúde com suas usuárias

“She could be my mother”: intersectional care between community health workers and their users

“Podría ser mi madre”: atención interseccional entre los agentes de salud comunitarios y sus usuarios

Ana Cláudia Barbosa¹ Simone Santos Oliveira²
Roberta Gondim de Oliveira³

¹ Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
ana.barbosa@ifrj.edu.br

² Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Rio de Janeiro, Brasil.
simone.soliveira@fiocruz.br

³ Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, Brasil.
robertagondim@ensp.fiocruz.br

Resumo

O cuidado e o vínculo entre usuárias/os e profissionais de saúde são frequentemente analisados no sistema de saúde brasileiro. No entanto, o impacto da interseccionalidade nessa relação ainda é pouco explorado. Neste artigo, apresentamos achados de um estudo qualitativo sobre o vínculo entre agentes comunitários de saúde e mulheres idosas, negras e periféricas, denominadas Nanás, na Atenção Primária à Saúde do Rio de Janeiro. Entrevistaram-se 14 agentes em seus locais de trabalho. A análise do discurso revelou que os agentes demonstraram cuidados de saúde culturalmente competentes para as Nanás. Eles foram motivados por suas características interseccionais, acreditando que compartilhavam semelhanças com essas usuárias, como exemplificado na fala: “Ela poderia ser minha mãe”. Pesquisas anteriores sobre a influência de gênero, classe e raça nos cuidados de saúde mostram que a percepção de concordância melhora o cuidado, promovendo maior afeto e empatia entre profissionais de saúde e usuárias/os. Diante dos desafios históricos enfrentados pela Atenção Primária à Saúde na promoção da justiça social e na prestação de cuidados equitativos a todos os pacientes, este estudo destaca a importância de que a competência cultural, um atributo essencial da Atenção Primária à Saúde e ferramenta para o cuidado integral, seja fortalecida pela diversidade entre os trabalhadores de saúde.

Palavras-chave cuidado; atenção primária à saúde; agentes comunitários de saúde; competência cultural; interseccionalidade.

Como citar: BARBOSA, Ana C.; OLIVEIRA, Simone S.; OLIVEIRA, Roberta G. “Ela Poderia Ser Minha Mãe”: cuidado interseccional dos agentes comunitários de saúde com suas usuárias. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 22, 2024, e02978273. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2978>

Recebido: 01/07/2024
Aprovado: 26/07/2024



Abstract

Care and the bond between users and health professionals are frequently analyzed in the Brazilian health system. However, the impact of intersectionality on this relationship is still little explored. In this article, we present findings from a qualitative study on the bond between community health workers and elderly, black, peripheral women, known as Nanas, in Primary Health Care in Rio de Janeiro, Brazil. Fourteen agents were interviewed in their workplaces. Discourse analysis revealed that the agents demonstrated culturally competent health care for the Nanas. They were motivated by their intersectional characteristics, believing that they shared similarities with these users, as exemplified in the statement: "She could be my mother". Previous research into the influence of gender, class, and race on health care has shown that the perception of concordance improves care, promoting greater affection and empathy between health professionals and users. Given the historical challenges faced by Primary Health Care in promoting social justice and providing equitable care to all patients, this study highlights the importance of cultural competence, an essential attribute of Primary Health Care and a tool for comprehensive care, being strengthened by diversity among health workers.

Keywords care; primary health care; community health workers; cultural competence; intersectionality.

Resumen

El cuidado y el vínculo entre usuarios y profesionales de la salud son frecuentemente analizados en el sistema de salud brasileño. Sin embargo, el impacto de la interseccionalidad en esta relación es aún poco explorado. En este artículo, presentamos los resultados de un estudio cualitativo sobre el vínculo entre agentes comunitarios de salud y mujeres ancianas, negras y periféricas, conocidas como Nanás, en la Atención Primaria de Salud en Río de Janeiro, Brasil. Catorce agentes fueron entrevistados en sus lugares de trabajo. El análisis del discurso reveló que los agentes demostraban una atención sanitaria culturalmente competente a las Nanás. Estaban motivados por sus características interseccionales, creyendo que compartían similitudes con estos usuarios, como se ejemplifica en la afirmación: "Ella podría ser mi madre". Investigaciones anteriores sobre la influencia del género, la clase y la raza en la atención sanitaria muestran que la percepción de concordancia mejora la atención, promoviendo un mayor afecto y empatía entre los profesionales sanitarios y los usuarios. Dados los retos históricos a los que se enfrenta la Atención Primaria para promover la justicia social y proporcionar una atención equitativa a todos los pacientes, este estudio destaca la importancia de que la competencia cultural, atributo esencial de la Atención Primaria y herramienta para una atención integral, se vea reforzada por la diversidad entre los trabajadores sanitarios.

Palabras clave cuidado; atención primaria de salud; agentes comunitarios de salud; competencia cultural; interseccionalidad.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa alcançar toda a comunidade, e o cuidado em saúde centraliza-se na formação de vínculos entre equipes de saúde e usuários/as. Essa articulação é essencial para garantir resultados de saúde integrais e duradouros. Preconizado nas políticas oficiais, o vínculo é uma relação interpessoal que deve ser consistente, sendo a Unidade de Saúde (US) da ESF uma fonte contínua de cuidado comprometido para a população, por meio de suas equipes (Carrapiço, Ramires e Ramos, 2017; Frota, 2022).

As equipes de Saúde da Família (eSFs) são multidisciplinares, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACSs), cuja quantidade varia conforme a realidade de cada equipe. Os ACSs promovem a ligação entre a unidade e a comunidade, aumentando a efetividade com medidas proativas, como busca ativa e visitas domiciliares. Como residentes da

comunidade e profissionais da ESF, os ACSs têm *insights* sobre o contexto local e disseminam princípios de promoção, prevenção, cuidado e vigilância da saúde na comunidade (Sakata e Mishima, 2012).

As comunidades atendidas pela ESF são diversas, e sua implantação é baseada em critérios que garantem acesso ao sistema de saúde, especialmente em áreas com vulnerabilidade social. A vigilância epidemiológica contínua é essencial devido a fatores sociodemográficos, alta carga de doenças infecciosas, condições crônicas ou violência urbana (Frota, 2022).

Nesse contexto de vulnerabilização, emerge a persona das Nanás, representando mulheres negras, empobrecidas e idosas. Nomeadas em homenagem à divindade Nanã Buruquê (Lopes, 2011), “símbolo da sabedoria ancestral africana e do poder matriarcal” (Carneiro, 2020, p. 77). Naná era também o apelido da avó materna da primeira autora. Incorporando gênero, raça, classe e idade, as Nanás enfrentam uma complexa rede de opressão e discriminação que atua de forma simultânea e reiterada.

Essa característica interseccional na vivência das Nanás exige que os profissionais coloquem em ação um dos atributos derivativos da APS, qual seja, a competência cultural. Starfield (2002) entende como atributos essenciais da APS a atenção ao primeiro contato; a longitudinalidade; a integralidade e a coordenação da atenção. Adiciona a estes os derivativos: centralização na família, orientação para a comunidade e competência cultural. Destacamos este último por entender que o recorte de uma subpopulação como as Nanás salienta a necessidade de evidenciar e reconhecer suas especificidades, a fim de ofertar um cuidado integral.

Para Campinha-Bacote (2002), a competência cultural é um processo contínuo no qual os profissionais de saúde (PS) devem reconhecer diferenças entre suas trajetórias de vida e as dos usuários. Assim, podem modular sua prática clínica às reais necessidades de saúde dos usuários, de acordo com seu contexto existencial, para prestar serviços mais eficazes. Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017), a atuação no território deve seguir o princípio da equidade, garantindo que não haja discriminação negativa baseada em gênero, raça/etnia, idade ou classe. Reforçamos a necessidade de os PS adotarem uma perspectiva interseccional ao cuidar de pessoas com características das Nanás.

O conceito de interseccionalidade será empregado não apenas para compreender o impacto desses marcadores sociais, mas identificar os fundamentos do vínculo estabelecido entre as usuárias e os ACSs na perspectiva da competência cultural. Na pesquisa realizada com PSs da ESF, uma fala recorrente dos ACSs chamou a atenção pelo reconhecimento de características compartilhadas entre esses profissionais e as Nanás: “Ela poderia ser minha mãe”. Esta investigação situa-se no período pós-pandemia de covid-19, durante o qual os processos de vulnerabilização em saúde foram exacerbados. Postulamos que a interseccionalidade de gênero, raça/etnia, classe e idade desencadeia necessidades distintas de saúde, além de demandar competências culturais específicas, e avaliamos a presença de tais competências nas práticas dos ACS.

Cuidado e vínculo

O cuidado vai além da saúde, fundamentando-se no apoio social para a manutenção da vida coletiva. Na saúde, é amplamente estudado tanto como uma prática no modelo biomédico (diagnósticos e tratamentos) quanto como “elemento influenciador das relações sociais” (Contatore, Malfitano e Barros, 2019, p. 2). Neste trabalho, focamos a segunda dimensão, considerando que desigualdades sociais, como as vividas pelas Nanás, causam disparidades no acesso ao cuidado. O cuidado, como fruto de redes relacionais, prevê um nível de interação e vínculo entre os envolvidos.

Nos estudos e legislação brasileiros sobre APS, o vínculo é um princípio fundamental, pressupondo uma relação propositiva e efetiva entre usuários e PSs (Cunha e Giovanella, 2011). Documentos fundadores das práticas de saúde pública brasileiras o apontam como atributo essencial da boa APS. Manter profissionais por longos períodos favorece esse laço (Baralhas e Pereira, 2011), e, nesse contexto,

o ACS, sendo do território, é um dos membros mais permanentes das equipes, atuando nas clínicas da família (CF) como ponte entre a US e a comunidade.

Considerando o público atendido pelas USs na APS, o trabalho do ACS não se restringe ao atendimento de populações vulnerabilizadas, mas, em sua presença, torna-se fundamental (Moura e Silva, 2015). Para pessoas mais jovens, saudáveis e economicamente mais favorecidas, o vínculo não tem a mesma importância (Cunha e Giovanella, 2011) que para *sujeitas*-Nanás, com suas demandas de cuidado e suas características (Cecílio, 2001).

A CF, locus de atuação do ACS, é um espaço regulado por políticas como a PNAB, que estabelece como princípios fundamentais a equidade, a integralidade e a universalidade. Contudo, é também um espaço saturado de relações de poder, com possibilidade de ocorrências de racismo institucional (RI). Segundo Werneck (2016), o RI se manifesta no campo material, quando o acesso a políticas de qualidade se reduz (ou é impedido), e no acesso ao poder, quando a população negra é privada de informação e tem menor participação no controle social. A escassez de recursos também afeta desproporcionalmente pessoas negras e mais pobres, o que resulta em diferentes tratamentos e desfechos, como ocorreu na pandemia de HIV/aids e na pandemia de covid-19. Em ambas as situações, foi possível observar uma sindemia, a interação de aspectos biológicos e sociais, que aumentaram a vulnerabilização ao adoecimento e às formas mais graves da doença, sob um aspecto antropológico, não biológico (Gravlee, 2020; Horton, 2020).

É também nesse espaço que o papel de cuidado desempenhado pelo ACS é pautado no afeto, na empatia e na técnica, uma vez que ele pertence à comunidade e ao serviço de saúde, mesclando convivência comunitária e trabalho na CF, por meio de funções burocráticas, mas também de tecnologias leves. Merhy e Franco (2003) conceituam as tecnologias leves como modelo de cuidado, organização e produção de serviços de saúde que operam no campo das relações. Para esses autores, o trabalho em saúde é vivo e sempre relacional, opera como uma micropolítica e é a forma escolhida para oferecer cuidado entre trabalhadores de saúde e usuários. A centralidade das tecnologias leves está em reconhecer que, além do problema de saúde, o usuário traz consigo uma determinação social de saúde, cuja totalidade deve ser observada. O vínculo é uma tecnologia leve.

Para um cuidado efetivo e estabelecimento de vínculos algumas habilidades são necessárias, como alerta Werneck (2016), tais como a qualidade do desempenho profissional dos prestadores de serviços de saúde tendo em vista a equidade racial e étnica, bem como equidade de gênero, classe e idade. A capacidade de aceitar e respeitar a diversidade, a competência cultural e de comunicação, bem como o reconhecimento do preconceito como fator negativo para a saúde de indivíduos e coletividades podem se traduzir em melhores condições de saúde para grupos vulneráveis.

Moore et al. (2023, p. 2.553), em seu estudo, nos mostram que uma maior concordância entre pacientes e profissionais (“gênero, classe social, idade, etnia, raça, idioma, orientação sexual, crenças e valores”) leva a melhores resultados de saúde. Considerando que Nanás carregam alguns atributos, este e outros estudos (Johnson-Jennings, Tarraf e González, 2015; Takeshita, 2020; Kemet, 2022; Miller, 2023) nos ajudam a compreender o papel da identidade racial “como fator protetor contra o racismo”, uma vez que paciente e profissional terão uma proximidade de “pensamentos, crenças e percepções” (Moore et al., 2023, p. 2.553). Esses pacientes também relatam que a concordância racial aumenta o conforto de compartilhar suas dificuldades e a percepção de apoio e aceitação, além de diminuir o medo do julgamento, fatores cruciais na experiência de cuidado. Não apenas a raça, mas também a concordância de gênero foi relatada pelas mulheres como um elemento potencialmente facilitador da relação. Um dos achados importantes da pesquisa de Moore et al. (2023) centra-se na ideia de que, com humildade cultural – que, como uma tecnologia leve, se traduz em autorreflexão e autocrítica para lidar com o outro, flexibilidade e disponibilidade para aprender com o outro (Campinha-Bacote, 2002) –, torna-se possível aproximar esses dois atores no processo de cuidar, que é sempre bilateral.

O agente comunitário de saúde

O ACS é um dos membros das eSFs. Embora seu trabalho seja reconhecido desde 1992 (por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS) e regulamentado desde 2018, somente em 2023 eles foram reconhecidos como PSs, pela lei n. 14.536/23 (Brasil, 2023a). Atualmente, 265.000 ACSs atuam no Brasil, e são pagos integralmente com recursos repassados pelo Governo Federal aos municípios. O piso salarial da categoria é de dois salários-mínimos (Brasil, 2023b).

Dentre as responsabilidades dos ACSs, destacam-se, por sua importância para os usuários: cadastrar todos os indivíduos e famílias em sua microárea, estabelecida pela equipe, e manter os dados atualizados no sistema de informação da US. Os ACSs fazem visitas domiciliares regulares para acompanhar a situação das famílias, sendo responsáveis por informar aos usuários datas/horários das consultas/exames (Brasil, 2017). Para ser um ACS, os candidatos devem morar na mesma região geográfica onde vão trabalhar, o que os torna vizinhos das pessoas que cuidam.

No Brasil, estudos destacam a importância do papel dos ACSs na ESF e no cenário de saúde da população. Moura e Silva (2015) salientam o quanto o cuidado dos ACSs permite a construção de vínculos. Sakata e Mishima (2012) caracterizam o ACS como um trabalhador qualificado da ESF, pois combina as dimensões política e social do trabalho em saúde. Na pesquisa de Nascimento e Figueiredo (2021, p. 127), os ACSs são descritos como “o termômetro e os olhos” das USs da comunidade onde atuam.

O aumento da efetividade da ESF em função do trabalho dos ACSs também tem sido descrito em alguns estudos, como o de Baratieri et al. (2022) (maior adesão à consulta pós-parto); o de Bittencourt et al. (2011) (esclarecendo dúvidas sobre aleitamento materno, esquema vacinal, marcação de consultas para crianças de 0 a 6 anos); e o de Santos e Cazola (2008) sobre adesão à vacina contra influenza, que aponta os ACSs como principal fonte de orientação e meio de divulgação sobre essa forma de prevenção e sua contribuição para o aumento do número de idosos que aceitam ser vacinados.

Outros países que seguem a recomendação da Organização Mundial da Saúde e buscam fortalecer a APS também reconhecem a importância do ACS. Forno e Hakme (2019) apresentam dados sobre Portugal e a reforma da APS no país, enfatizando a importância de incorporar a figura do ACS nesse processo, para agregar competências e tornar o cuidado mais humanizado. Carrapiço, Ramires e Ramos (2017, p. 696) afirmam ainda que a incorporação dos ACSs às equipes da APS em Portugal permitiria “uma maior e melhor interação das equipes com a comunidade”.

Nos Estados Unidos, figuras similares aos ACSs, como os *community health workers* (CHW), também recebem atenção por sua relevância para as condições de saúde da população. Nos fóruns de saúde pública, discutem-se as características dessa força de trabalho, financiamento de programas; formação e competências curriculares necessárias ao desempenho; e, especialmente, seu papel nas ações voltadas para populações cujos marcadores sociais predeterminam iniquidades em saúde, como negros e latinos (Kirkland, Karnik e Dill, 2023).

Espinosa et al. (2024) descrevem a experiência californiana de parceria entre centros de saúde e 540 CHW e promotoras (termo usado em espanhol para designar mulheres promotoras de saúde que trabalham com a população latina e hispânica como CHW) no combate à covid-19. A presença desses profissionais propiciou o desenvolvimento de atividades e estratégias cultural e linguisticamente centradas para coletar/disseminar informações, promover testagem em massa e estimular a vacinação, identificando e removendo possíveis barreiras por meio de sua *expertise* e liderança.

Dessa forma, ao transitar entre o território e o serviço, considerando as iniquidades em saúde historicamente instituídas entre a população negra e pobre e as desigualdades de gênero e etária, o ACS torna-se um ator fundamental para a prestação de um cuidado integral e culturalmente competente na ESF.

Ser uma Naná: mulher negra, periférica e idosa

O Brasil, último país das Américas a abolir a escravidão, teve três séculos de economia baseada na exploração do trabalho escravo. A população negra foi submetida a esse sistema socioeconômico, por meio do qual o racismo foi estruturado e a sociedade brasileira, assimetricamente distribuída no campo social, “tanto em termos objetivos quanto simbólicos” (Ferreira, 2014, p. 286).

O racismo está relacionado às condições de escravização pelas quais essa população passou e não apenas à questão étnico-racial. Essa análise deve ser historicizada tanto no período colonial quanto após o fim do regime escravista e na formação da ordem social, com a exclusão sistemática de negros e negras das relações de produção. Barros (2020) nos leva a refletir que, dada a mentalidade que ajustou racialmente a sociedade, desde a colonização, a lenta entrada no mercado de trabalho continuou a ser marcada pelo racismo. A segregação racial foi erguida como barreira, marcando inferioridade, classificação, exclusão e subordinação da população negra, o que garantiu um modelo de exploração mesmo com o fim da escravização.

A falta de acesso a bens e serviços (terra, trabalho, educação, moradia, saúde etc.) deu origem a uma sujeição social e econômica que persiste até hoje. As mulheres negras são maioria entre as empregadas domésticas, remanescentes de um país escravocrata. Esse processo foi fomentado e justificado pelo racismo científico (associado à medicina, à antropologia e à história feita pelos brancos), e a branquitude continua com técnicas, procedimentos, fenômenos e mecanismos que, predominantemente, originaram efeitos exclusivos e focais das desigualdades raciais (Schucman, 2014).

No Brasil de hoje, segundo o último Censo Demográfico e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) desenvolvida em 2022, 57,2% do total da população brasileira se declara negra – preta ou parda (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022a). Entre os que estão abaixo da linha de pobreza (vivem com menos de R\$ 5,50/dia), 18,6% são brancos e 72,9% são negros (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022b). Os idosos (60 anos ou mais) representam 15,1% da população total. Desse percentual, 55,7% são mulheres, e essa proporção varia de pessoas com mais de 60 anos a centenários. Serviços essenciais não chegam a 100% da população, como energia elétrica (99,4%), coleta de lixo urbano (86%), distribuição de água (85,5%) e esgotamento sanitário (69,5%), impactando diretamente na saúde da população em termos de prevenção de doenças e promoção da saúde (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022c).

Sendo mais da metade da população brasileira, mas apresentando piores condições de vida, a população negra é chamada por Santos (2019) de maioria (quantidade populacional) minorizada (subjugada, subalternizada). Essa população ocupa as piores posições sociais e tem as moradias mais precárias e empregabilidade mais baixa/frágil. Entre a população desempregada, 55,2% eram negras. Em relação ao rendimento médio real das pessoas ocupadas, este foi de US\$ 620,00 para brancos e US\$ 358,00 para negros (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022d).

A população negra também apresenta os piores desfechos de saúde, como mostram as pesquisas a seguir. Schmidt et al. (2014) estudaram a alta prevalência de diabetes *mellitus* (DM) em uma grande coorte brasileira (n=15.105), na qual 20% tinham DM, com maior sobrecarga para idosos e não brancos. Silva et al. (2022, p. 1) estimaram a incidência de hipertensão arterial sistêmica (HA) em 8.528 participantes e apontaram que “homens negros têm maior risco de desenvolver HA” e que “o risco de HA é maior em mulheres negras do que em homens brancos quando comparados a mulheres brancas”. Barreto et al. (2016) investigaram doença renal crônica (DRC) recorrendo a dados primários (n=14.636). Embora a prevalência tenha sido semelhante em homens e mulheres, as maiores chances de DRC aumentaram com a idade e entre negros e indígenas, quando comparados aos brancos. Esses dados desagregados só recentemente se tornaram disponíveis em razão da coleta obrigatória do quesito raça-cor, que foi estabelecida em 2017 e ainda enfrenta barreiras, em virtude do não reconhecimento do racismo como determinante social da saúde (Brasil, 2023d).

O envelhecimento nesse contexto de desigualdades de gênero, raça e classe é um desafio para as idosas como as Nanás. Segundo Beauvoir (1990), na sociedade, o *status* de ser uma pessoa com ou sem poder não é conquistado pelos próprios idosos, mas sim concedido por aqueles que são enquanto eles são o Outro. Sua autoridade é fundamentada no respeito que os outros lhe dão. Esse fato está relacionado ao contexto social, uma vez que o destino biológico, em algum momento, tornará o idoso improdutivo e não é possível desvincular esse processo de uma determinação social e dos modos como se nasce, vive e envelhece. Há uma singularidade na experiência da velhice dependendo da sociedade em questão. E existem variáveis, como capacidade funcional, prestígio e riqueza: alguns serão privilegiados na velhice por esses poderes ou posses.

A pobreza também é objeto de análise em Beauvoir (1990), que mostra quantos idosos se encontravam na miséria, especialmente as viúvas francesas que viviam sozinhas e formavam o contingente mais miserável devido às suas necessidades específicas, como vestuário, moradia e a necessária proteção contra as intempéries. Ela demonstra que a doença está relacionada à determinação social, à forma de se alimentar, à possibilidade de se aquecer no inverno, de se cuidar, de ter aposentadoria suficiente diante de doenças crônicas que as impeçam de trabalhar... Ela ressalta que quem efetivamente se torna indigente são aqueles que sempre viveram na linha da pobreza.

Sobre gênero, a autora afirmou: “Ninguém nasce mulher: torna-se mulher” (Beauvoir, 2019, p. 11), posto que biologia não é (um) destino e cada cultura cria os padrões de ação e comportamento de cada gênero, e para cada faixa etária. No caso do envelhecimento, há uma recusa em envelhecer por tudo o que a velhice representa nas sociedades modernas. O envelhecimento biológico, que vem com o passar dos anos e está potencialmente relacionado aos outros ciclos da vida, deve ser considerado um fenômeno natural, dado a sua inevitabilidade, mas não é isso que acontece. Ambos os sexos são socializados e treinados para temer a velhice, mas ser mulher e ser idosa é duplamente desvalorizado (Beauvoir, 2019).

Considerando que a velhice não tem o mesmo significado ou as mesmas consequências para homens e mulheres, vale estudar o fenômeno de exclusão das mulheres idosas, particularmente as negras e periféricas, que são marcadas pelo racismo e que vivenciaram seus ciclos de vida em condições materiais adversas.

A ideia de que há expressões de vida que se cruzam e geram múltiplas opressões nasce das preocupações das mulheres negras, de sua observação e experiência de ser Outro – nem homem, nem branca. No Brasil, em 1984, a feminista e ativista Lélia Gonzalez escreveu o emblemático texto “Racismo e sexismo na cultura brasileira” (1984), descrevendo como raça e gênero serviram de alicerce para as relações sociais no Brasil. Em 1989, a advogada, feminista e acadêmica americana Kimberlé W. Crenshaw sistematizou o conceito, e a ideia ganhou um nome, que lhe permitiu transitar na academia de forma interdisciplinar, com reconhecimento científico e ‘legitimidade’: interseccionalidade (1989). A autora nos alerta que “a experiência interseccional é maior do que a soma do racismo e do sexismo, [por isso] qualquer análise que não leve em conta a interseccionalidade não pode abordar suficientemente a maneira particular pela qual as mulheres negras são subordinadas” (Crenshaw, 1989, p. 140, tradução nossa).

A popularidade do conceito fora dos círculos acadêmicos vem após a Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância de 2001 em Durban, África do Sul. Sua Declaração/Programa de Ação (ONU, 2001) aponta para as desvantagens de gênero e etnia e a necessidade de os Estados adotarem essa perspectiva nas políticas públicas e medidas de prevenção, educação e proteção, para enfrentar as múltiplas formas de discriminação, especialmente na presença de pobreza e diferentes tipos de violência, e promover a igualdade de gênero.

Carla Akotirene (2019) aborda o tema da interseccionalidade ao entender a experiência de gênero, raça e classe como sistemas de opressão sobrepostos e não hierárquicos. Ela destaca serem inseparáveis o racismo, o capitalismo e o cis-heteropatriarcado e compara essas estruturas a avenidas, e sua interseção a travessias onde tais estruturas colidem e ferem em nome de gênero, raça e classe.

Collins e Bilge (2021) argumentam que as políticas públicas e os planos de governo poderiam se beneficiar da lente interseccional para olhar a dinâmica social e o efeito da produção de desigualdade econômica entre as pessoas. Particularmente, grupos subalternizados, que historicamente nunca gozaram de cidadania plena, ratificam a ideia de que “o capital é interseccional” e, portanto, sempre atravessarão os corpos produtores de trabalho (Collins e Bilge, 2021, p. 35).

Diante de uma sociedade que se constitui como “cis-heteropatriarcal, branca e de base europeia” (Akotirene, 2019, p. 14), é preciso desfazer o mito de que um feminismo global e hegemônico é possível. Hooks (2018), sobre os primórdios do movimento feminista, afirma que o protagonismo das mulheres negras não importava para as mulheres brancas e privilegiadas por classe: todas as outras eram suas seguidoras. A subordinação ofuscava as questões de raça e nacionalidade. A luta era contra o machismo, mas em relação à supremacia branca não havia renúncia. O movimento feminista negro precisava criar uma base de solidariedade com as mulheres que eram as ‘donas’, ‘representantes autênticas’ do movimento feminista, porque não existia uma irmandade genuína entre todas as mulheres. Sua crítica à ausência da intersecção de raça e gênero nos anos 1970 a levou a ser acusada de ‘traidora’ do movimento por desviar seu olhar para algo menos importante. “A ética do cuidado que as mulheres demonstram nos grupos étnicos ou raciais com os quais se identificam não se estende àqueles com quem não têm empatia, identificação ou simpatia” (Hooks, 2018, p. 118).

Atualmente, ser uma mulher negra, pobre e idosa no contexto diaspórico ainda implica desafios para si mesma, para o autocuidado e para o cuidado no sistema de saúde.

Métodos

Local

Os dados aqui apresentados referem-se aos primeiros resultados da pesquisa intitulada “Mirada decolonial e interseccional sobre o cuidado em saúde após a pandemia de covid-19 na Atenção Primária em uma área programática da cidade do Rio de Janeiro/Brasil”, no âmbito do doutorado acadêmico em saúde pública da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Foi produzida no primeiro semestre de 2023, na Área Programática AP5.1 da cidade.¹ Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo. Depois de uma aproximação com a CF, solicitou-se autorização dos gestores para a realização da pesquisa.

Selecionaram-se as USs de acordo com os seguintes critérios, nesta ordem, após busca de dados nos sites da Secretaria Municipal de Saúde, na Plataforma EpiRio (Tabnet e-SUS Notifica) e no Sistema Integrado de Codificação Institucional (SICI) (Rio de Janeiro, 2022): pertencer à AP5.1; estar localizada no bairro do Realengo;² prover registros de casos confirmados de covid-19 com a coleta do item raça/cor; e ter registros de casos confirmados de covid-19 disponíveis para a faixa etária de 60 a ≥ 100 anos entre 2020-2022. Selecionaram-se as três primeiras CFs que preenchiam todos os critérios e tinham o maior número de registros. A partir dessa escolha, os PSs receberam o convite para participar da pesquisa. O convite ocorreu nas reuniões gerais de cada US, garantindo a possibilidade da participação de todos e a pluralidade da força de trabalho. Como critério de inclusão, era necessário ser trabalhador da saúde (na ESF ou no Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF), atuante no território e na mesma US por, no mínimo, um ano, tendo em vista a longitudinalidade do cuidado. Excluíram-se os profissionais que se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aqueles ligados somente às áreas administrativas das unidades.

Coleta e análise dos dados

Para a pesquisa, procedeu-se a um levantamento de dados primários por meio de entrevistas semiestruturadas, feitas entre abril e julho de 2023. Os respondentes (n=28) foram os PSs das três CFs escolhidas, entre ACSs, médicos, enfermeiros, técnicos e profissionais do NASF, que forneceram seu perfil demográfico e profissional e participaram espontaneamente da entrevista. O roteiro continha dois blocos de questões: desempenho profissional na APS; e prática profissional atravessada por gênero, idade, classe, raça e etnia. Empregou-se um recurso visual (colagem de 11 imagens de mulheres negras e idosas) para a pergunta: ‘O que você apontaria como indispensável nas tecnologias de cuidado quando um perfil como o das Nanás se apresenta no serviço?’. Realizadas diretamente no local de trabalho, todas as entrevistas foram gravadas e transcritas para análise e categorização. O consentimento informado foi obtido de todos os participantes individuais incluídos no estudo.

Para a elaboração deste artigo, procedemos à análise do discurso (AD) apenas das falas dos profissionais ACSs, para compreender esse lugar de onde falam, colocando-se em proximidade com as Nanás. Em relação à AD, Shaw e Bailey (2009) nos mostram, nos casos estudados, como em entrevistas semiestruturadas os profissionais se referem a determinados pacientes. Considera-se um estudo de nível médio dos discursos (meso) – nem micro nem macro –, uma vez que é uma parcela da categoria profissional que a representa, parcela a qual provém de ou está imersa em algum contexto cultural ou social, como os ACSs.

As políticas públicas e suas tendências discursivas – que, quando vigentes, predominam – estão em um nível maior, e quando cotejamos os discursos dos profissionais com documentos oficiais, o nível meso aproxima-se do nível macro. Menos importante do que uma possível ‘verdade’ ou o sentido literal do que foi afirmado, adotamos a AD por nos interessarmos pela função social que surge desses discursos, uma vez que se trata de um contexto histórico, geográfico e econômico (Shaw e Bailey, 2009).

A escolha pela AD se deu pela possibilidade de uma epistemologia subjetivista, assumindo que ela nos permite fortalecer a relação entre mudanças e tensões no tecido social e o conhecimento que é produzido a partir dessas mudanças. Empregando o paradigma da interseccionalidade como ferramenta analítica, vimos que as relações envolvendo sujeitos que trabalham e utilizam os serviços de saúde abrangem uma complexidade que não pode ser assimilada por “epistemologias mais objetivistas, geralmente herdeiras do positivismo científico” (Lara e Vizeu, 2020, p. 485). Assim como outros PSs, os ACSs são o que Collins e Bilge (2021, p. 66) chamam de “atores de linha de frente”: “concentrados principalmente na práxis, em geral, querem resolver os problemas, não apenas entendê-los”. Suas experiências são aqui valorizadas como um modo de conhecimento que permite elaborar a tarefa de teorizar sobre este encontro (das Nanás com os PSs) e aprimorar a própria teorização interseccional.

Para garantir o sigilo, atribuíram-se os números 1, 2, 3 para identificar as USs e a sigla PS (profissional de saúde) para indicar os ACSs, seguida de um número, correspondente à ordem de sua entrevista. Eles responderam a um questionário informando sexo biológico, faixa etária, raça, etnia e renda mensal.

Resultados e discussão

Quem são?

A maioria eram mulheres negras, em torno de 40 anos, tendo como renda exclusivamente o salário de ACS. As características sociodemográficas dos participantes estão exibidas na Tabela 1.

Tabela 1 – Dados demográficos dos agentes comunitários de saúde, 2023.

Código entrevistada(o)	Sexo biológico	Faixa etária (em anos)	Raça*	Rendimento** (em SM)	Unidade de Saúde
PS02	Homem	44+	Negro	1 a 2 SM	1
PS04	Homem	44+	Negro	1 a 2 SM	1
PS07	Mulher	44+	Branca	3 a 4 SM	3
PS08	Mulher	33-43	Negra	1 a 2 SM	3
PS09	Mulher	33-43	Branca	1 a 2 SM	2
PS10	Mulher	44+	Negra	1 a 2 SM	2
PS12	Mulher	44+	Negra	1 a 2 SM	3
PS14	Homem	22-32	Negro	1 a 2 SM	2
PS15	Mulher	33-43	Negra	1 a 2 SM	2
PS16	Mulher	44+	Negra	1 a 2 SM	3
PS17	Mulher	33-43	Negra	1 a 2 SM	3
PS21	Mulher	33-43	Branca	1 a 2 SM	2
PS26	Mulher	33-43	Negra	1 a 2 SM	3
PS28	Mulher	44+	Negra	1 a 2 SM	1

Fonte: Brasil, 2023c.

Notas: *A raça, no Brasil, é autodeclarada. Negro significa a soma de pessoas com fenótipo afrodescendente, pretas e pardas; **Em novembro de 2023, o salário-mínimo (SM) no Brasil era igual a US\$ 260,00.

Em relação ao gênero e à idade, os participantes seguem o padrão brasileiro, mulheres entre 20 e 50 anos (Santos, 2006; Barcellos, Pandolfi e Miotto, 2006; Kumagai, Correia e Pereira, 2007; Garcia et al., 2019). É uma força de trabalho essencialmente feminilizada. Santos (2006, p. 80) coloca o trabalho de cuidar como secular e socialmente imposto às mulheres. São elas “a primeira e a mais importante agente de saúde”, o que torna o trabalho em saúde marcado pela atuação desse gênero. No caso das ACSs, ter flexibilidade de horário e estar próximo à sua residência torna o trabalho atraente, pois é também a principal cuidadora em casa: “A Saúde da Família possibilita você ter acesso a *sua* família, né?” (PS10, grifo nosso, ênfase dada pela entrevistada).

Em relação à raça, nenhum dos trabalhos citados anteriormente fez a coleta do quesito raça-cor. Nos trabalhos de Castro et al. (2017) (Juazeiro-BA), Pessanha (2022) (Rio de Janeiro-RJ) e Medeiros (2020) (Mato Grosso), em média, 83% das mulheres entrevistadas declararam ser negras. Do total, cerca de 87% eram mulheres.

Em nossa pesquisa, 73% dos ACSs entrevistados eram pessoas que se autodeclararam negras. Documento recente sobre demografia médica no Brasil mostrou que, entre os participantes da amostra, 70,1% se declararam brancos e 27,5%, negros (Scheffer, 2023). O que se apresenta como concordância racial na relação entre ACSs e Nanás não ocorre quando tratamos da relação com o profissional médico (Bajaj e Stanford, 2021): “Na sala dos agentes há uma maioria de pretos e pardos. Agora, o médico... é declarado. É fato. Dos médicos, a maioria é branca” (PS10).

Neste trabalho, a interseccionalidade foi escolhida como lente de análise para os depoimentos oriundos das entrevistas, pois percebemos que o complexo trabalho dos ACSs não poderia ser feito sem

uma ferramenta que buscasse observar as dinâmicas sociais, como nos aponta Collins e Bilge (2021): desigualdade social, relações interseccionais de poder, contexto social, relacionalidade, justiça social e complexidade. Esses atributos da interseccionalidade são potentes e úteis, uma vez que a atenção à saúde coberta por esse trabalho é oferecida em espaços geográficos de baixa renda, como favelas. É oferecido para (às vezes por) pessoas que enfrentam opressões relacionadas ao seu perfil. Considerando as experiências de gênero, raça, classe e idade vividas pelos atores envolvidos neste trabalho, para que seja completa, a identidade construída por cada um desses ACSs deve contemplar essas marcações.

Essa identidade parece se manifestar no espaço ‘Sala dos agentes’, que em vários momentos soou como um espaço de aquilombamento, de pactuações e de encontro com seus semelhantes, no ofício e na vida. Ao serem questionados sobre espaços formais dentro da US para a discussão das temáticas de raça/gênero/classe/idade, respondem que não há, que conversam informalmente, “tipo na sala dos agentes” (PS12): “A gente conversa muito sobre isso dentro da nossa sala, não na forma de reunião, mas de troca, de conversa” (PS09). Na eventualidade de episódios de discriminação, PS10 conta: “[a gente] deixou bem claro dentro da sala dos ACSs que não iria admitir esse tipo de comportamento.” Mas não ocorre sem tensionamentos: “Já houve conversas que disseram que a gente se vitimiza, *né*? Dentro da sala dos agentes mesmo” (PS10).

‘Ela poderia ser minha mãe’

Participaram da entrevista 14 ACSs e, destes, 11 se declararam negros. Soma-se a essa característica o fato de 11 também compartilharem seu gênero com as Nanás e serem todos moradores da mesma área geográfica que as usuárias da US. Essa proximidade foi apresentada em diferentes discursos, por diferentes ACSs, e tornou-se o centro da análise do presente trabalho. Além das mães, as avós também foram lembradas. PS02, um dos três ACSs do sexo masculino, afirma: “Você não pode ignorar elas. A gente realmente tem que saber o que elas precisam. Eu olho para elas, tipo, vejo que podia ser a minha mãe. Negra, que já trabalharam muito, já se doaram muito pra vida... E hoje precisam de alguém que cuide delas” (PS02).

Moore et al. (2023) nos trazem o conceito de concordância racial para explicar como esse encontro entre ‘iguais’ pode produzir maior satisfação e confiança por parte dos usuários e uma maior percepção de satisfação com o serviço. Os sujeitos da pesquisa de Moore et al. (2023) foram pais e mães negros, mas as falas a seguir permitem considerar que há algo nas Nanás que mobiliza emocionalmente o cuidado a ser oferecido pelos profissionais. Quando questionado sobre o que não pode faltar para que o cuidado das Nanás seja efetivo, é novamente um ACS do sexo masculino quem responde que: “Sinceramente, a primeira coisa que eu lembro é da minha avó, não tem como. Como é que a gente vai tratar uma mulher assim? Quem não tem avó aqui? Não tem mãe? Não tem como. Você dá amor, dá carinho, *né*?” (PS14).

Compartilhar a negritude com as Nanás – e com a pesquisadora, uma mulher negra – leva os ACSs à reflexão sobre o cotidiano delas e suas limitações. PS04 pondera: “Nós, por exemplo, nós dois provavelmente temos alguém bem próximo que foi escravo. Eu, por exemplo, não conheço a história dos meus bisavós, mas minhas avós eram analfabetas, como o meu avô”.

Os ACSs entrevistados demonstraram disponibilidade afetiva e presença constante no cotidiano dos usuários, com saberes e ações típicas da vizinhança, amizade e relações familiares (Saffer e Barone, 2017). Muitos citam a solidão em que vivem os idosos da comunidade, posto que muitos filhos já saíram de casa, de forma que a familiaridade das relações entre as faixas etárias também se torna presente. PS12 afirma que: “Tem paciente meu, idoso, que me liga só para conversar de noite em casa, para dizer que está bem”. O caminho desse afeto é de mão dupla. A mesma ACS declara que, por ter perdido os pais muito jovem, sente-se bem em uma área com muitos idosos: “Os meus tios já faleceram, avós, madrinha, todos os idosos da família faleceram. O meu contato com idoso está sendo mais aqui, entendeu?” (PS12).

Essa mão dupla também se manifesta pelo fato de o ACS ser simultaneamente um PS reconhecido institucionalmente e um morador da comunidade. O número de ACSs é estabelecido pela gestão

municipal, e cada um, em áreas de vulnerabilidade social, deve ser responsável por, no máximo, 750 pessoas. Morando próximo aos usuários, compartilha experiências com estes, sejam elas passadas, presentes ou futuras (Moura e Silva, 2015):

Fazer parte da comunidade é um dos critérios, *né?* Menina, não posso ir no Guanabara [supermercado]! Mas gosto desse contato. Tem coisas que não tem preço, tem coisas que nem um parente iria fazer. Eu não tenho filhos. Aí uma usuária minha disse: “Pode contar comigo para o que precisar. Se não tiver ninguém para cuidar de você, eu cuido” (PS28).

Outra razão para que a proximidade aconteça é o fato de que, por residirem onde trabalham, a UBS atende seus familiares. Sobre o atendimento na unidade e possível discriminação, PS17 afirma: “Então, aqui na clínica da família eu tenho como falar da minha filha, da minha mãe, porque a gente se trata aqui, todo mundo, e não vejo nada demais”.

Assim, como PS, o ACS se permite estar nos “mesmos lugares ocupados pelos familiares” (Moura e Silva, 2015, p. 1.002), servindo-se da afetividade como tecnologia e instrumento de trabalho para aumentar a resolubilidade e combater a exclusão. PS16 emprega o pronome ‘meu’ de várias maneiras: “Minha equipe”, “Meu gerente”, “Minha enfermeira”. Mas não só em relação ao espaço de trabalho. Os usuários também são ‘dela’. Referindo-se a um bebê que está ausente da CF, ela diz: “Agora mesmo eu estou com uma família onde eu tenho duas crianças que a mãe não vacina (...) eu mandei uma mensagem perguntando o que está acontecendo, ‘minha’ bebê de um ano e sete meses já faltou a três consultas”. Ela não está sozinha. Sobre o uso das tecnologias de comunicação por meio do aparelho de celular da UBS, PS17 afirma: “Mas, assim, ‘minhas’ gestantes e ‘minhas’ crianças eu não tiro do meu WhatsApp. Porque, assim, é uma coisa mais fechada entre eu[*sic*] e ela, entendeu? Já tem esse vínculo. Gestante, criança, tanto faz. Eu não tiro não!”.

Cunha e Giovanella (2011) ressaltam a importância do vínculo como uma relação interpessoal, contínua e duradoura para garantir a integralidade do cuidado na APS. Sabendo da existência desse vínculo entre si e os usuários, os ACSs o utilizam como estratégia de proteção para lidar com a sobrecarga de trabalho (Nascimento e Figueiredo, 2021):

As pessoas precisam [de cuidado], e [o ACS] é a única pessoa que pode ajudá-las. Ela não tem contato direto com o médico nem com enfermeira, então ela tem contato com uma pessoa que está na rua e trabalha na rua dela. Elas só têm a gente, se a gente ficar de mau humor sempre que elas perguntam alguma coisa, acabou, acabou (PS02).

A integralidade da atenção é um dos atributos da APS. Podemos entendê-la como uma micropolítica, “fruto do esforço e da confluência dos diversos saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde” (Cecílio, 2001, p. 3), traduzindo-se em uma preocupação em atender às principais necessidades de saúde daqueles que procuram esses serviços, expressas em demandas individuais. Os agentes preocupam-se com a atenção integral, embora muitos se neguem a reconhecer as iniquidades sofridas pelas Nanás. Entretanto, mesmo quando reconhecem, o princípio da igualdade acaba por prevalecer sobre o da equidade: “Na verdade, a gente tem que tratar todo mundo como igual, não ocorrer diferença nenhuma, seja de gênero, religião... Doença dá em todo mundo. Não pode diferenciar. Pode ser no novo, no idoso... não, *num* tem essa não” (PS26).

O Sistema de Saúde deve proporcionar a garantia da integralidade, que é o objetivo de toda a rede de atenção à saúde. Para tanto, de acordo com a PNAB (Brasil, 2017), a configuração das eSFs deve seguir um modelo multidisciplinar com técnico de enfermagem, enfermeiro, médico e ACS, e a APS é considerada a ‘porta principal’ para adentrar o Sistema de Saúde. Questionamos os ACSs sobre a principal diferença entre a APS e os outros dois níveis de atenção, o que acontece de mais valioso

neste nível: “O acolhimento, desde o momento em que você senta ali [na baia]. Acho que o vínculo é essencial. E acho que é isso que acontece na APS, é esse vínculo” (PS28).

Estabelecer vínculos pressupõe uma dinâmica complexa que requer atenção, corresponsabilidade, autonomia e diligência, e não apenas um procedimento técnico que atenda a uma demanda específica. Por essa razão, procedimentos puramente biomédicos, que consideram apenas o aspecto fisiológico da doença, não são suficientes para o cuidado integral, pois o comportamento (e seus efeitos no organismo) está relacionado ao que o indivíduo sente, pensa e, principalmente, ao que vivencia. Como alerta um dos ACSs:

A primeira coisa que a Atenção Básica deve identificar é como vivem. Não sabemos como ela chegou aqui, por que está irritada. Veio de uma caminhada longa? Às vezes trazendo uma criança especial? Não tomou café da manhã? Esse olhar mais sensível, para o dia a dia da pessoa. Esse cuidado vai muito além de ‘Quantos anos você tem? Qual seu peso?’ (PS04).

Seus conhecimentos são múltiplos e fazem uso extensivo de tecnologias leves, como conselhos, conversas, reuniões e responsabilização, mesmo fora do espaço da organização de saúde, onde as práticas tendem a ser mais ‘científicas’. PS15 ressalta a importância do acolhimento nesta fala: “Tem pessoas que vão na unidade pra nada. Pra nada de serviço, mas pra tudo. Coisas mínimas que a gente não percebe, mas fazem bem à saúde... uma conversa, uma coisa boba...”.

Saffer e Barone (2017, p. 823) denominam essas tecnologias de “práticas comuns”: “comuns no sentido de comunicáveis e não hierárquicas, permitindo a implementação da saúde democrática”, sem, no entanto, fazer “uma transposição direta entre pessoal, família ou vizinhança em ações para com os usuários. Usam o conhecimento da mãe, do marido e do próximo, mas adaptam-no à situação, à sua posição de profissional de saúde” (Saffer e Barone, 2017, p. 824), e são a presença institucional em sua comunidade.

Essa presença proporciona alegria para ambas as partes, como relata PS08: “É uma alegria quando eu chego nas ruas com a minha bicicletinha, o pessoal fala assim: ‘A menina da saúde está vindo!’.” (Uma) fala assim ‘Olha, vou fazer o café, você vai esperar? Tem bolo.’, e eu fico olhando e falo assim ‘Caramba! É muita gratidão’, é sinal de que eu estou fazendo um bom trabalho”.

Considerações finais

Com as Nanás, o ACS compartilha alguns marcadores sociais, como gênero, classe e raça. Esse compartilhamento o leva a atuar no cuidado à saúde por meio do vínculo, do acolhimento, do afeto e na busca de uma inclusão simbólica dessa que poderia ser sua mãe, sua avó. Vale destacar o quanto as comunidades mais vulneráveis são marcadas pela maternidade comunitária e pelo matriarcado negro. Reconhecendo esse fato, uma Naná pode ser uma das pessoas mais importantes do ciclo familiar, a mãe. O discurso desses profissionais sugere a constituição de um vínculo interseccional entre ACSs e usuárias, com responsabilização e engajamento dialógico que traga poder para o exercício do cuidado entre os atores envolvidos.

Os resultados apontam para uma competência cultural por parte dos ACSs que promove a superação ou a reorientação dos modelos biomédicos de atenção à saúde e da ideia de um corpo universal. O cuidado interseccional pode ser um promotor de justiça social em um serviço no qual as regras são aplicadas a todos indistintamente, mesmo que reproduzam efeitos desiguais e injustos. Indica pautar-se por uma ética que garanta os direitos individuais e o compromisso público do PS, ocorrendo por meio do autoconhecimento ou da experiência de si. Está associado às ideias de proximidade, subjetividade e relacionalidade (‘Há algo desse Outro em mim.’), com as quais se busca atender às demandas explícitas dos serviços e necessidades de saúde. Reconhecer e abraçar

identidades interseccionais pode promover práticas de saúde mais compassivas e eficazes, mitigando as disparidades em saúde e promovendo a causa da justiça social. Para tanto, o desenvolvimento de competências culturais por parte de todos os PSs – com destaque para os que ‘não’ compartilham nenhuma característica com as Nanás – torna-se imperioso.

Notas

¹ O município é dividido em áreas programáticas, para facilitar a gestão dos serviços de saúde.

² Bairro da zona oeste da cidade do Rio de Janeiro, com baixo índice de desenvolvimento humano (IDH).

Informações do artigo

Contribuição dos autores

Concepção do estudo: ACB, SSO, RGO.
Delineamento do estudo: ACB, SSO, RGO.
Curadoria dos dados: ACB.
Coleta de dados: ACB.
Análise dos dados: ACB, SSO, RGO.
Redação - manuscrito original: ACB, SSO, RGO.
Redação - revisão e edição: ACB, SSO, RGO.

Financiamento

Financiamento próprio.

Conflitos de interesses

As autoras declaram não haver interesses concorrentes.

Aspectos éticos

O projeto e toda sua documentação foram aprovados pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sob os números 5.742.828 e 5.894.940, respectivamente.

Apresentação prévia

Esse artigo é resultante da tese de doutorado intitulada *Mirada interseccional e decolonial sobre o Cuidado em Saúde na Atenção Primária: estudo em uma área programática da cidade do Rio de Janeiro*, de autoria de Ana Cláudia Barbosa, defendida em setembro de 2024, pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, 2024.

Referências

- AKOTIRENE, Carla. *Interseccionalidade*. São Paulo: Selo Sueli Carneiro, Editora Pólen, 2019. 152 p.
- BAJAJ, Simar S.; STANFORD, Fatima C. Beyond Tuskegee: Vaccine Distrust and Everyday Racism. *New England Journal of Medicine*, Waltham, v. 384, n. 5, e12-e12, 2021. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp2035827>. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp2035827>. Acesso em: 1 jun. 2024.
- BARALHAS, Marilisa; PEREIRA, Maria A. O. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas assistenciais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 31-46, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000100003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/jPDG6qW8wnwbSG5VrL9cxrk/#>. Acesso em: 21 fev. 2024.
- BARATIERI, Tatiane *et al.* Longitudinalidade do cuidado: fatores associados à adesão à consulta puerperal segundo dados do PMAQ-AB. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, e00103221, 2022. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00103221>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/NkZ8wbBb4Zqd6bgZmz5MJGb/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 05 mar. 2024.
- BARCELLOS, Cristiane S. N.; PANDOLFI, Margareth; MIOTTO, Maria H. M. B. Perfil do Agente Comunitário de Saúde (ACS) de Vitória-ES. *UFES Revista de Odontologia*, Vitória, v. 8, n. 1, p. 21-28, jan./abr. 2006. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/671/468>. Acesso em: 19 mar. 2024.
- BARRETO, Sandhi M. *et al.* Chronic kidney disease among adult participants of the ELSA-Brasil cohort: association with race and socioeconomic position. *Journal of Epidemiology Community Health*, v. 70, p. 380-389, 2016. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-205834>. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14419>. Acesso em: 11 abr. 2024.
- BARROS, Leonardo P. A subalternização do negro brasileiro: reflexões gerais acerca das políticas do estado brasileiro na República Velha (1889-1930) e no Estado Novo (1937-1946). *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)*, Curitiba, v. 12, p. 666-693, ago. 2020. Edição especial. Disponível em: <https://www.abpnrevista.org.br/index.php/site/article/view/945>. Acesso em: 19 mar. 2024.
- BEAUVOIR, Simone. *A velhice*. Tradução de Maria Helena F. Martins. 4. imp. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BEAUVOIR, Simone. *O segundo sexo*. v. I e II. Tradução de Sérgio Milliet. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2019.
- BITTENCOURT, Fabíola S. *et al.* Agentes comunitários de saúde: atribuições na saúde da criança. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v. 1, n. 3, p. 318-325, 2011. <https://doi.org/10.5902/217976923192>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3192>. Acesso em: 5 mar. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 18 nov. 2023.
- BRASIL. Presidência da República. *Lei n. 14.536 de 20 de janeiro de 2023*. Altera a lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006, a fim de considerar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias como profissionais de saúde. 2023a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14536.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.536%2C%20DE%2020,para%20a%20finalidade%20que%20especifica. Acesso em: 5 mar. 2024.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Comunicação Social. *Regulamentação das profissões de Agentes Comunitários de Saúde e de Combate às Endemias*. 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/obrasilvoltou/respeito-e-dialogo/regulamentacao-das-profissoes-de-agentes-comunitarios-de-saude-e-de-combate-as-endemias>. Acesso em: 05 mar. 2024.
- BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. Medida provisória aumenta salário-mínimo para R\$ 1.320 a partir de maio. 2023c. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/957339-medida-provisoria-aumenta-salario-minimo-para-r-1-320-a-partir-de-maio>. Acesso em: 05 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Saúde da População Negra. 2023d. Número Especial. (Boletim Epidemiológico, v. 2). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-saude-da-populacao-negra-numero-especial-vol-2-out.2023/view>. Acesso em: 5 mar. 2024.

CAMPINHA-BACOTE, Josepha. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, Livonia, v. 13, n. 3, p. 181-184, 2002. <http://dx.doi.org/10.1177/10459602013003003>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12113146/>. Acesso em: 18 nov. 2023.

CARNEIRO, Sueli. *Escritos de uma vida*. São Paulo: Editora Jandaíra, 2020.

CARRAPIÇO, Eunice I.; RAMIRES, João H.; RAMOS, Victor M. Unidades de Saúde Familiar e Clínicas da Família – essência e semelhanças. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 691-700, mar. 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33602016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9w53Ys6SXbYNtz8R3hbHk6v/>. Acesso em: 04 out. 2023.

CASTRO, Thiago A. *et al.* Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 294-301, jul. 2017. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201700030190>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/ZrxpxGtjBGQPbG3zkYVLS5B/?lang=pt>. Acesso em: 02 maio 2024.

CECÍLIO, Luiz C. O. Necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 113-126.

COLLINS, Patricia H.; BILGE, Sirma. *Interseccionalidade*. Tradução de Rane Souza. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2021.

CONTATORE, Octávio A.; MALFITANO, Ana P. S.; BARROS, Nelson F. Por uma sociologia do cuidado: reflexões para além do campo da saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. e0017507, 2019. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00200>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/5hfvTMrLvcrkNtCBtvhMD9P/>. Acesso em: 21 fev. 2024.

CRENSHAW, Kimberlé. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, Chicago, n. 1, p. 139-167, 1989. Disponível em: <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>. Acesso em: 11 abr. 2024.

CUNHA, Elenice M. D.; GIOVANELLA, Lígia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1.029-1.042, 2011. Suplemento 1. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/H8ZW7T7p5kcjM5qB7RcPBDwK/>. Acesso em: 21 fev. 2024.

ESPINOSA, Rodriguez P. *et al.* Partnering with community health workers to address COVID-19 health inequities: experiences of the California Alliance Against COVID-19. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 114, n. S1, p. S45-S49, 2024. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2023.307471>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10785166/>. Acesso em: 19 mar. 2024.

FERREIRA, Laura. S. A contribuição da sociologia de Florestan Fernandes para a compreensão da questão racial no Brasil. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)*, Curitiba, v. 6, n. 14, p. 276-288, 31 out. 2014. Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/143>. Acesso em: 19 mar. 2024.

FORNO, Andreia; HAKME, Pedro. Atenção primária à saúde no Rio de Janeiro: o que há de diferente? *MGF & Ciência*, Chaves, v. 3, n. 1, jun. 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/35921>. Acesso em: 19 mar. 2024.

FROTA, Amanda C. *et al.* Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da covid-19. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, p. 131-151, 2022. Número especial 1. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E109>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kxrJrT5Ktrc6Xj8sHw3gMKk/>. Acesso em: 4 out. 2023.

GARCIA, Ana C. P. *et al.* Perfil e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 11, p. 339-344, jan. 2019. Número especial. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.339-344>.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Revista Ciências Sociais Hoje*, Anpocs, São Paulo, 1984: 223-244. Disponível em: <https://ria.ufrn.br/jspui/handle/123456789/2298>. Acesso em: 11 abr. 2024.

GRAVLEE, Clarence C. Systemic racism, chronic health inequities, and covid-19: a syndemic in the making? *American Journal of Public Health*, Washington, v. 32: e23482, 2020. <https://doi.org/10.1002/ajph.23482>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7441277/>. Acesso em: 21 fev. 2024.

HOOKS, bell. O feminismo é para todo mundo [recurso eletrônico]: políticas arrebatadoras. Tradução de Ana Luiza Libânio. 1. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018. Formato epub.

HORTON, Richard. Offline: Covid-19 is not a pandemic. *Lancet*, Londres, v. 396, p. 874, 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext). Acesso em: 21 fev. 2024.

INSITITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). IBGE Educa Jovens. Conheça o Brasil. *População: cor ou raça*. 2022a. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html>. Acesso em: 26 mar. 2024.

INSITITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Agência IBGE Notícias*. Desigualdades sociais. Pessoas pretas e pardas continuam com menor acesso a emprego, educação, segurança e saneamento. 2022b. Disponível em: [https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/35467-pessoas-pretas-e-pardas-continuam-com-menor-acesso-a-emprego-educacao-seguranca-e-saneamento#:~:text=Destaques,pardos%20\(38%2C4%25\)](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/35467-pessoas-pretas-e-pardas-continuam-com-menor-acesso-a-emprego-educacao-seguranca-e-saneamento#:~:text=Destaques,pardos%20(38%2C4%25)). Acesso em: 04 out. 2023.

INSITITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *PNAD Contínua*. Características gerais dos domicílios e dos moradores. 2022c. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102004_informativo.pdf. Acesso em: 26 mar. 2024.

INSITITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Desigualdades Sociais por cor ou raça no Brasil*. 2. ed. (Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 48). 2022d. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101972_informativo.pdf. Acesso em: 26 mar. 2024.

JOHNSON-JENNINGS, Michelle; TARRAF, Wassim; GONZÁLEZ, Hector M. The Healing Relationship in Indigenous Patients' Pain Care: Influences of Racial Concordance and Patient Ethnic Salience on Healthcare Providers' Pain Assessment. *International Journal of Indigenous Health*, Toronto, v. 10, n. 2, p. 33-50, 2015. <https://doi.org/10.18357/ijih.102201515112>. Disponível em: https://jps.library.utoronto.ca/index.php/ijih/article/view/29044/pdf_20. Acesso em: 28 fev. 2024.

KEMET, Shakkaura *et al.* "When I think of mental healthcare, I think of no care." Mental Health Services as a Vital Component of Prenatal Care for Black Women. *Maternal and child Health Journal*, Surakarta, v. 26, n. 4, p. 778-787, 2022. <https://doi.org/10.1007/s10995-021-03226-z>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34519952/>. Acesso em: 28 fev. 2024.

KIRKLAND, Chelsey; DILL, Janette S.; KARNIK, Harshada. Retention of Community Health Workers in the Public Health Workforce: Public Health Workforce Interests and Needs Survey, 2017 and 2021. *American Journal of Public Health*, v. 114, n.1, p. 44-47. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2023.307462>. Acesso em: 28 fev. 2024.

KUMAGAI, Thais S. I.; CORREIA, Adélia D. M. S.; PEREIRA, Paulo Z. Perfil dos agentes comunitários de saúde atuantes no programa saúde da família, no município de Campo Grande/MS. *Revista Saúde Pública Mato Grosso Sul*, v. 2, n. 2, p. 13-20, jul-dez. 2007.

LARA, Luiz G. A.; VIZEU, Fabio. Análise crítico-emancipatória de discurso: um ensaio metodológico. *Organizações & Sociedade*, Salvador, v. 27, p. 484-507. <https://doi.org/10.1590/1984-9270945>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/osoc/a/JPTkZKSjBfdVh6mx8QHVF8y/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2020.

LOPES, Nei. *Enciclopédia brasileira da diáspora africana*. 4. ed. São Paulo: Selo Negro, 2011.

MEDEIROS, Alba R. S. Agente Comunitário de Saúde: processo de trabalho na mediação entre equipe e comunidade. 2020. 272 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, Cuiabá, 2020.

MERHY, Emerson E.; FRANCO, Túlio B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-394033> Acesso em: 28 fev. 2024.

MILLER, Ann N. *et al.* The relationship of ethnic, racial, and cultural concordance to physician-patient communication: a mixed-methods systematic review protocol. *Health Communication*, Philadelphia v. 38, n. 11, p. 2.370-2.376, 2023. <https://doi.org/10.1080/10410236.2022.2070449>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35502565/>. Acesso em: 28 fev. 2024.

MOORE, Carrington *et al.* “It’s Important to Work with People that Look Like Me”: black patients’ preferences for patient-provider race concordance. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, Farmington, v. 10, n. 5, p. 2.552-2.564, 2023. <https://doi.org/10.1007/s40615-022-01435-y>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36344747/>. Acesso em: 28 fev. 2024.

MOURA, Raul F. S. D.; SILVA, Carlos R. D. C. E. Afetividade e seus sentidos no trabalho do agente comunitário de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 993-1010, 2015. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000300016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/hKrjQtYTMpGJ8HYgSJnPbr/?lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2024.

NASCIMENTO, Hellen G. D.; FIGUEIREDO, Ana E. B. Estratégia de saúde da família e idoso com demência: O cuidado pelos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 119-128, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.40942020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zbhkrcjVYTqTJkf8tymd6Cc/>. Acesso em: 05 mar. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Nações Unidas Brasil. Declaração e Programa de Ação do Fórum de Ongs da Conferência Mundial Contra o Racismo, realizado em Durban de 28 de agosto a 1º de setembro de 2001. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/150033-declara%C3%A7%C3%A3o-e-plano-de-a%C3%A7%C3%A3o-de-durban-2001>. Acesso em: 11 abr. 2024.

PESSANHA, Manuella. T. C. *A relação trabalho-saúde das agentes comunitárias de saúde em contexto da pandemia da covid-19*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/52209>. Acesso em: 2 maio 2024.

RIO DE JANEIRO (Município). Prefeitura da Cidade. Gabinete do Prefeito. Coordenadoria Geral de Gestão Institucional. *Sistema Integrado de Codificação Institucional* (SICI). Disponível em: <http://sici.rio.rj.gov.br/PAG/principal.aspx>. Acesso em: 22 out. 2022.

SAFFER, Denis A.; BARONE, Luciana R. Em busca do comum: o cuidado do agente comunitário de saúde em Saúde Mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 813-833, jul. 2017. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/xNpk9Rp75CZq7mKMzXmg5JG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2024.

SAKATA, Karen N.; MISHIMA, Silvana M. Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 665-672, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/fVmZH5scQtNdNTxKBxJyBtF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 out. 2023.

SANTOS, Maria R. *Perfil dos agentes comunitários de saúde da região de Juiz de Fora MG*. 2006. 171 f. Tese (Política, Planejamento e Administração em Saúde) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.bdt.uerj.br/handle/1/4686>. Acesso em: 19 mar. 2024.

SANTOS, Marta D. M.; CAZOLA, Luiza H. O. Adesão à vacina de influenza na área urbana de Aquidauana-MS coberta pelo Programa Saúde da Família. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 17, n. 2, p. 145-148, 2008. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742008000200013>. Disponível em:

http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742008000200013. Acesso em: 05 mar. 2024.

SANTOS, Richard. África e Áfricas latino-americanas e caribenhas. Coluna sobre a maioria minoritária na grande pátria. *Revista África e Africanidades*, Quissamã, ano XII, n. 32, p. 5, 2019. Disponível em: <https://www.africaeaficanidades.com.br/documentos/0500112019.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2024.

SCHEFFER, Mário *et al.* Demografia médica no Brasil 2023. São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023. 344 p. Disponível em: https://amb.org.br/wp-content/uploads/2023/02/DemografiaMedica2023_8fev-1.pdf. Acesso em: 26 mar. 2024.

SCHMIDT, Maria I. *et al.* High prevalence of diabetes and intermediate hyperglycemia: The brazilian longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). *Diabetology & Metabolic Syndrome*, São Paulo, v. 6, p. 123, 2014. <http://dx.doi.org/10.1186/1758-5996-6-123>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25788987/>. Acesso em: 11 abr. 2024.

SCHUCMAN, Lia V. Sim, nós somos racistas: estudo psicossocial da branquitude paulistana. *Psicologia & Sociedade*, Recife, v. 26, n. 1, p. 83-94, abr. 2014. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000100010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/ZFbbkSv735mbMC5HHCsG3sF/?lang=pt>. Acesso em: 19 mar. 2024.

SHAW, Sara; BAILEY, Julia. Discourse analysis: what is it and why is it relevant to family practice? *Family Practice*, Bruxelas, v. 26, n. 5, p. 413-419, out. 2009. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmp038>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2743732/>. Acesso em: 04 out. 2023.

SILVA, Etna K. P. *et al.* Gender, race/skin colour and incidence of hypertension in ELSA-Brasil: an intersectional approach. *Ethnicity & Health*, Bruxelas, v. 28, n. 4, p. 469-487, 2023. <https://doi.org/10.1080/13557858.2022.2108377>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13557858.2022.2108377>. Acesso em: 11 abr. 2024.

STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TAKESHITA, Junko *et al.* Association of racial/ethnic and gender concordance between patients and physicians with patient experience ratings. *JAMA Network Open*, Chicago, v. 3, n. 11, p. e2024583, 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2772682>. Acesso em: 28 fev. 2024.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-129020162610>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 fev. 2024.