

## O SILENCIO DA BRANQUITUDE NAS DIRETRIZES CLÍNICAS E FORMATIVAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

## THE SILENCE OF WHITENESS IN CLINICAL AND FORMATIVE GUIDELINES OF PRIMARY HEALTH CARE

## EL SILENCIO DE LA BLANQUITUD EN LAS DIRETRICES CLÍNICAS Y FORMATIVAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

 <https://doi.org/10.56238/arev8n1-151>

**Data de submissão:** 29/12/2025

**Data de publicação:** 29/01/2026

**Anderson Martins da Rocha**

Mestre em Saúde Pública

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz

E-mail: martins.drocha@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7870-0010>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5039990475656529>

### RESUMO

O presente artigo analisa como o debate racial, com foco na branquitude, apresenta-se – ou ausenta-se – nos documentos políticos, formativos e técnicos que guiam a prática da Medicina de Família e Comunidade (MFC) no município do Rio de Janeiro (MRJ). Realizou-se pesquisa documental qualitativa dos seguintes textos: a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e protocolos técnicos da Secretaria Municipal do RJ (SMS-RJ). Os resultados identificam uma disruptão crítica entre a política de equidade (PNSIPN) e os documentos técnicos: enquanto a política de nível central reconhece o racismo como determinante de saúde, os guias municipais e o currículo formativo baseado em evidência operam sob lógica de universalismo do cuidado. A branquitude mantém-se invisível e normativa; ambos silenciam o racismo como determinante social nos protocolos clínicos. Por fim, conclui-se que a ausência de letramento racial nos documentos técnicos, em contraponto com a PNSIPN, perpetua o racismo institucional e o pacto narcísico da branquitude na formação e prática médica.

**Palavras-chave:** Racismo. Atenção Primária à Saúde. Branquitude. Educação Médica.

### ABSTRACT

This article analyzes how racial debate, with a focus on whiteness, is presented -- or absent -- in the political, formative, and technical documents that guide the practice of Family and Community Medicine (FCM) in the municipality of Rio de Janeiro (MRJ). A qualitative documentary research was conducted of the following texts: the National Policy for Comprehensive Health of the Black Population (PNSIPN), the National Policy for Basic Care (PNAB), the Competency-Based Curriculum of the Brazilian Society of Family and Community Medicine (SBMFC), and technical protocols of the Municipal Health Secretariat of Rio de Janeiro (SMS-RJ). The results identify a critical disruption between equity policy (PNSIPN) and technical documents: while central-level policy recognizes racism as a health determinant, municipal guidelines and evidence-based formative curriculum operate under a logic of care universalism. Whiteness remains invisible and normative;

both silence racism as a social determinant in clinical protocols. Finally, it is concluded that the absence of racial literacy in technical documents, in contrast with PNSIPN, perpetuates institutional racism and the narcissistic pact of whiteness in medical training and practice.

**Keywords:** Racism. Primary Health Care. Whiteness. Medical Education.

## **RESUMEN**

Este artículo analiza cómo el debate racial, con énfasis en la blanquitud, se presenta -- o se ausenta - - en los documentos políticos, formativos y técnicos que guían la práctica de la Medicina de Familia y Comunidad (MFC) en el municipio de Río de Janeiro (MRJ). Se realizó una investigación documental cualitativa de los siguientes textos: la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra (PNSIPN), la Política Nacional de Atención Básica (PNAB), el Currículo Basado en Competencias de la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunidad (SBMFC) y protocolos técnicos de la Secretaría Municipal de Salud de Río de Janeiro (SMS-RJ). Los resultados identifican una disrupción crítica entre la política de equidad (PNSIPN) y los documentos técnicos: mientras que la política de nivel central reconoce el racismo como determinante de salud, las guías municipales y el currículo formativo basado en evidencia operan bajo una lógica de universalismo del cuidado. La blanquitud se mantiene invisible y normativa; ambas silencian el racismo como determinante social en los protocolos clínicos. Finalmente, se concluye que la ausencia de alfabetización racial en los documentos técnicos, en contraste con la PNSIPN, perpetúa el racismo institucional y el pacto narcisista de la blanquitud en la formación y práctica médica.

**Palabras clave:** Racismo. Atención Primaria De Salud. Blanquitud. Educación Médica.

## 1 INTRODUÇÃO

O racismo como sistema de poder manifesta-se em três níveis: interpessoal, institucional e estrutural (Almeida, 2020, p. 38). Embora todas as formas sejam significativas e impactantes nas vidas de pessoas negras e brancas, este artigo concentra-se nas duas últimas, particularmente na dimensão estrutural, onde instituições estatais e modos de funcionamento macropolítico, econômico e social operam de forma normativa e excludente, baseados em critério de raça/cor, abnegando direitos fundamentais à população negra enquanto privilegiam pessoas brancas.

Esse acordo tácito é mantido estável nas micropolíticas das relações através do que Bento (2022, p. 56) denomina "Pacto Narcísico da Branquitude". Simultaneamente, Ramos (1995, p. 225) analisa esse fenômeno como "Patologia Social do Branco", evidenciando como a elite branca perpetua desigualdades através de estruturas institucionalizadas que aumentam a desigualdade social e que Carneiro (2023, p. 142) mais tarde reinterpreta como dispositivos de racialidade.

Neste contexto, a Medicina de Família e Comunidade (MFC) tem-se afirmado através de atributos fundamentais à Atenção Primária: equidade, integralidade e universalidade no cuidado (Giovanella, 2012; Starfield, 2002). Seu diferencial reside no cuidado atento e no vínculo estabelecido com os pacientes, bem como o trabalho vivo em campo (Merhy, 2008). No entanto, paradoxalmente, a prática tem se orientado por protocolos "universalizantes", que operam como se o paciente fosse desracializado. Ao estar calcada em tais protocolos, sem explicitação de raça/cor em seus diferentes níveis de complexidade, questiona-se: a MFC efetivamente operacionaliza o cuidado integral que propõe, ou reforça o racismo institucionalizado nas Clínicas da Família do Município do Rio de Janeiro (SMS-RJ)?

O objetivo específico é investigar a presença ou ausência do debate sobre branquitude crítica nos documentos norteadores da MFC carioca -- políticos, formativos e técnicos -- analisando como essas orientações tratam -- ou silenciam -- o cuidado racializado na prática clínica.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 A LACUNA ENTRE POLÍTICA, ENSINO E PRÁTICA CLÍNICA

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) representou um marco político significativo ao conferir visibilidade e valorização às questões de equidade étnico-racial no nível central do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2009).

No entanto, apesar da qualidade e da importância dessa política, sua reverberação na prática clínica cotidiana tem sido marginal. Nos documentos que guiam e instrumentalizam a atenção primária no município do Rio de Janeiro -- especificamente nos protocolos e guias de Medicina de

Família e Comunidade (MFC) -- a política permanece quase como um documento "órfão" em suas três versões (2009, 2011, 2017). Esse descompasso institucional revela uma tensão fundamental entre o discurso político de equidade e a materialidade das práticas técnicas, onde a racionalidade biomédica hegemônica continua a produzir silenciamentos e apagamentos estruturais sobre o racismo.

## 2.2 O CURRÍCULO DO "MÉDICO SEM COR": SUBSUNÇÃO E UNIVERSALIZAÇÃO

O currículo da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), baseado em competências, constitui um documento robusto construído coletivamente em esforço hercúleo para contemplar diversas áreas do conhecimento de forma equânime (SBMFC, 2015). No entanto, ao abordar a temática da desigualdade, o documento a subsume dentro da noção genérica de "competência cultural", sem oferecer diretrizes antirracistas explícitas ou críticas. O resultado é a figura do médico como um ser universalizado, capacitado a interagir com "culturas diferentes" de forma superficial, sem que sua própria posição racializada seja problematizada.

Esse silenciamento sobre raça cumpre a função de normalizar e exaltar a branquitude como norma invisível, abrindo espaço quase nulo para o debate sobre equidade racial e antirracismo. A responsabilidade pela abordagem dessas questões fica à cargo da sensibilidade individual de preceptores e preceptoras locais -- em sua maioria brancos e brancas -- perpetuando uma lógica de voluntarismo que mascara a ausência de uma formação estruturada. O estudante médico branco não é colocado em questão dentro da cultura, posto que representa a norma não-nomeada do currículo (Osorio Cock et al., 2023, p. 349435). A "cultura" é atribuída ao outro, ao paciente racializado, que frequentemente precisa ter sua cultura "curada" ou "domesticada" para se aproximar do modelo biomédico hegemônico, configurando uma verdadeira expropriação cultural sem retorno (Eugênio, 2019, p. 87).

## 2.3 A BIOLOGIZAÇÃO DA RAÇA NOS PROTOCOLOS CLÍNICOS: DO CIENTIFICISMO RACIAL AO RACISMO POR DENEGAÇÃO, RAÍZES HISTÓRICAS E PERSISTÊNCIA CONTEMPORÂNEA

O cientificismo racial praticado no início do século XX operou como um movimento biologizante que, através de explicações pseudocientíficas, justificou práticas eugenistas com fins de exclusão racial e branqueamento populacional como projeto de governo (Josué, 2005, p. 380). Paradoxalmente, os protocolos clínicos contemporâneos adotados no município do Rio de Janeiro não se distanciam significativamente desse paradigma. A análise dos guias de Hipertensão Arterial

Sistêmica (HAS) e de Atenção ao Pré-Natal revela como a branquitude normativa opera sob o manto da neutralidade técnica.

### **3 METODOLOGIA**

Este estudo constitui uma análise documental exploratória organizada em três níveis:

**Nível Político:** PNSIPN e PNAB

**Nível Formativo:** Currículo Baseado em Competências da SBMFC

**Nível Técnico** (Onde a vida acontece): Guias de Referência Rápida da SMS-RJ -- Hipertensão Arterial Sistêmica e Atenção ao Pré-Natal.

Como estratégia qualitativa, a análise documental dedicou-se ao exame sistemático de documentos produzidos social e institucionalmente, com o objetivo de compreender contextos, sentidos, discursos e práticas que atravessam determinado fenômeno social. Segundo Minayo (2021, p. 189), os documentos devem ser compreendidos como produtos sociais carregados de intencionalidades e inscritos em relações de poder, demandando uma leitura crítica e contextualizada.

Para a análise, realizaram-se buscas sistemáticas dos seguintes documentos:

**Nível Político:** Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), obtidas no site do Ministério da Saúde e complementadas por documentos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

**Nível Formativo:** Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), consultado na versão oficial disponível no site da SBMFC.

**Nível Técnico:** Guias de Referência Rápida sobre Hipertensão (2016) e Pré-Natal (2022) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), consultados em suas versões mais recentes no site da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV-RJ).

A busca pelos termos-chave -- racismo, branquitude, população negra -- foi combinada com análise do contexto: verificou-se se esses termos apareciam em perspectiva estritamente biológica/genética ou se contemplavam dimensões sociopolíticas relacionadas às iniquidades raciais.

A análise estabeleceu diálogo crítico com: (i) autores consolidados no debate racial latino-americano: Lélia Gonzalez, Franz Fanon, Guerreiro Ramos, Sueli Carneiro, Rodney Williams, Silvio Almeida; (ii) teóricos seminais em Atenção Primária à Saúde Barbara Starfield, Ligia Giovanella. Os textos foram identificados através de busca nas bases de dados SciELO e BVS.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1 DESCOMPASSO INSTITUCIONAL E RACISMO ESTRUTURAL NA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: ENTRE POLÍTICAS PÚBLICAS E PRÁTICAS CLÍNICAS

#### 4.1.1 Hipertensão Arterial: Determinismo Biológico e Tratamento Universalizante

O Guia de Referência Rápida: Hipertensão Arterial Sistêmica da SMS-RJ (SUBPAV, 2016, p. 45) reconhece epidemiologicamente a maior prevalência e gravidade da doença na população negra, mas o faz através de uma lente estritamente biomédica. A menção à raça/cor aparece despolitizada, sugerindo uma predisposição genética ou "racial" intrínseca, desvinculada dos determinantes sociais que incidem sobre esses corpos. Ao citar a raça negra apenas como fator de risco biológico, o protocolo opera o que Gonzalez (1984, p. 234) denomina "racismo por denegação": a instituição admite a diferença nos números, mas nega a estrutura racista que produz essa diferença.

O documento silencia sistematicamente sobre o racismo como estressor crônico psicossocial -- um determinante comprovadamente associado à ativação persistente do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e, consequentemente, à elevação pressórica. O apagamento da branquitude reside na presunção de universalidade do tratamento. O protocolo pressupõe um "paciente universal" cuja adesão terapêutica depende apenas de mudanças de estilo de vida e farmacologia, ignorando o impacto do racismo cotidiano na saúde cardiovascular. O guia foi, portanto, desenhado para um sujeito cuja existência não é atravessada por essa violência estrutural: o sujeito branco.

Consequentemente, a diretriz técnica não é neutra; é brancocentrada. Oferece ao médico de família ferramentas para tratar a consequência fisiológica -- a pressão alta -- mas o deixa desprovido de competência crítica para abordar a causa basal -- o sofrimento ético-político do racismo. Ao tratar desiguais como iguais, mantém as iniquidades e não prepara profissionais para uma abordagem biopsicossocial potente, que considere o estresse de minorias e o sofrimento psíquico causado pelo racismo na população negra, conforme denunciado por Fanon (2008, p. 73).

### 4.2 CUIDADO PRÉ-NATAL: RACIALIZAÇÃO DESPOLITIZADA E UNIVERSALISMO EXCLUIDENTE

Essa lógica de biologização observada na Hipertensão se repete, de forma ainda mais dramática, no cuidado materno-infantil. A racialização também se manifesta despolitizada no cuidado pré-natal. O Guia de Referência Rápida: Atenção ao Pré-Natal (SUBPAV, 2022, p. 28) expõe uma contradição flagrante. O documento reconhece explicitamente que a mortalidade materna é maior entre mulheres negras, pardas e de baixa escolaridade. No entanto, ao operacionalizar o cuidado, o guia falha em converter esse dado epidemiológico em conduta clínica antirracista.

O texto oficial alerta que "os profissionais devem ficar atentos, em especial às gestantes negras que, além de apresentar algumas peculiaridades de ordem biológica, também são afetadas pelas desigualdades socioeconômicas" (SUBPAV, 2022, p. 31). Esta passagem é reveladora. Ao usar o termo "peculiaridades de ordem biológica", o protocolo flerta perigosamente com o determinismo genético, sugerindo que o corpo negro é intrinsecamente mais patológico. Ignora-se que a "peculiaridade" não é biológica, mas política: é o racismo que adoce, não a melanina. O protocolo admite a raça -- dado epidemiológico -- mas nega o racismo -- dado sociopolítico. Isso transforma a pessoa gestante negra num "corpo de risco biológico", não num "sujeito de direito violado".

Além disso, o protocolo demonstra o que se pode chamar de cegueira seletiva. Detalha riscos como tabagismo, idade materna e doenças prévias, mas silencia sobre o racismo obstétrico e institucional. Não há, por exemplo, nenhuma recomendação para que o médico investigue se a gestante negra está sofrendo discriminação no ambiente de trabalho ou no próprio serviço de saúde - fatores conhecidos de estresse psicossocial que impactam diretamente desfechos como parto prematuro e pré-eclâmpsia (Borret et al., 2020, p. 2255).

A branquitude se manifesta aqui pela ausência. Quando o guia aborda "Violência Obstétrica" ou "Sofrimento Psicossocial", a raça desaparece. O texto volta a falar de uma "mulher universal", presumidamente branca, cujas dores não são atravessadas pela cor da pele. Ao não nomear o racismo como uma forma específica de violência obstétrica, o protocolo deixa a gestante negra desprotegida e o médico desinstrumentalizado para oferecer um cuidado verdadeiramente equânime.

#### 4.3 DA POLÍTICA ÓRFÃ À PRÁTICA BRANCOCENTRADA

A análise revela um padrão sistêmico de descompasso entre políticas de equidade racial e a materialidade da prática clínica. A PNISP permanece órfã nos documentos técnicos que efetivamente guiam a atenção primária. O currículo da SBMFC, ao universalizar o médico e subsumir a racialidade na competência cultural, evita problematizar a branquitude como norma. Os protocolos clínicos, por sua vez, ao biologizar a raça e operar o racismo por denegação, perpetuam iniquidades sob a falsa premissa da neutralidade técnica. O silêncio sobre a branquitude nos documentos não é um esquecimento; é uma tecnologia dos dispositivos de poder (Carneiro, 2023, p. 167).

Esse ciclo de silenciamento e apagamento estrutural produz uma prática clínica que, ao tentar ser "cega à cor", acaba por reproduzir o racismo institucional. A não nomeação do racismo como determinante social de saúde, a não problematização da posição racializada do profissional de saúde, e a presunção de universalidade do tratamento configuram um sistema que trata desiguais como iguais, consolidando assim as desigualdades que pretende combater. A transformação efetiva da

prática clínica exige não apenas políticas públicas robustas, mas uma reconfiguração epistemológica dos instrumentos técnicos que operacionalizam o cuidado em saúde. A APS só será equânime quando os Protocolos Técnicos -- e não só as políticas -- incorporarem o racismo como variável clínica e a branquitude como lugar de privilégio a ser desconstruído.

Sugere-se revisão dos currículos e inclusão de quesitos sobre discriminação racial na anamnese padrão da SMS-RJ. Enquanto a branquitude for a norma invisível dos manuais técnicos, a Medicina de Família continuará reproduzindo violência institucional, mesmo sob o discurso de "cuidado integral".

#### 4.4 A FORMAÇÃO DO SUJEITO UNIVERSAL: O SILENCIO SOBRE BRANQUITUDE NO CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS

Se os protocolos clínicos falham em instrumentalizar o médico para o enfrentamento do racismo, a raiz desse despreparo pode ser rastreada até a formação. A análise do Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) revela uma lacuna epistemológica estruturante (SBMFC, 2015, p. 78).

O documento, inspirado em modelos canadenses e focado em "Conhecimentos, Habilidades e Atitudes", adota uma postura de neutralidade racial. Quando a diversidade é mencionada, ela aparece sob o guarda-chuva da "Competência Cultural" -- um conceito que, embora válido, muitas vezes se limita a ensinar o médico a "tolerar" ou "respeitar" a cultura do Outro. Não há menção explícita ao desenvolvimento de uma "Competência Antirracista" ou ao Letramento Racial Crítico.

Mais grave ainda é o silêncio sobre a identidade racial do próprio médico. O currículo não desafia o residente a refletir sobre sua própria branquitude e os privilégios simbólicos que ele carrega ao vestir o jaleco. Forma-se, assim, um profissional que se enxerga como um técnico neutro, desprovido de raça, atuando sobre pacientes racializados.

Essa omissão reforça o "Pacto Narcísico": a branquitude se protege ao não se nomear. O residente aprende, de novo, a tratar a hipertensão da mulher negra -- o dado biológico -- mas não aprende a reconhecer como o racismo institucional -- o dado político -- atravessa a consulta. Sem essa formação crítica, a Medicina de Família corre o risco de formar excelentes técnicos de doenças, mas analfabetos raciais na gestão do cuidado integral.

Quadro 1. Análise Crítica da Abordagem Racial nos Documentos Norteadores da APS Carioca

| Título do Documento                              | Decreto/Lei                 | Resumo do Documento   |
|--|-----------------------------|---|
| PNAB 2006  | Portaria nº 648/2006        | Traz a definição de APS, fala de seus preceitos norteadores e operacionais, papel de cada agente federativo e origem de seu financiamento (BRASIL, 2007).   |
| PNAB 2011  | Portaria nº 2.488/2011      | Esta Portaria, em conformidade com as regulamentações em vigor do SUS, estabelece a estruturação das RAS como estratégia para fornecer um cuidado abrangente e direcionado às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012a).   |
| PNAB 2017  | Portaria nº 2.436/2017      | Defende o enfrentamento das desigualdades raciais como fenômeno social abrangente e meta das políticas de promoção da igualdade racial. Cita a equidade como base para a promoção da igualdade por meio do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para superá-las (BRASIL, 2017). |
| PNSIPN 1ª ed.                                    | Portaria nº 992/2009        | Defende o enfrentamento das desigualdades raciais como fenômeno social abrangente e meta das políticas de promoção da igualdade racial (BRASIL, 2009).  |
| PNSIPN 2ª ed.                                    | Política PNSIPN 2ª ed./2013 | Esta segunda publicação inclui o texto da política e a Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, fornecendo orientações aos gestores e técnicos na implementação dessa política (BRASIL, 2012b).  |
| PNSIPN 3ª ed.                                    | Política PNSIPN 3ª ed./2017 | Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2016).  |
| Hipertensão Arterial 2016                        | ---                         | Reflete o posicionamento da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV) e tem o propósito de orientar a prática clínica nas unidades de APS na cidade do Rio de Janeiro (SUBPAV, 2016).  |
| Atenção ao Pré-Natal 2022                        | ---                         | Representa o posicionamento da área técnica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio) e objetiva orientar a assistência às mulheres e suas famílias no episódio de cuidado do pré-natal, parto e puerpério, com ênfase na Atenção Primária à Saúde (SUBPAV, 2022).             |
| Curriculum Baseado em Competências da SBMFC 2015 | ---                         | Elaborado durante oficina realizada em abril de 2014 e divulgado em 2015, contou com a participação de consultores canadenses associados à Universidade de Toronto, bem como especialistas brasileiros atuantes na formação de médicos de família e comunidade (SBMFC, 2015).                     |

Fonte: Autoral.

## 5 CONCLUSÃO

A análise dos documentos norteadores da Medicina de Família e Comunidade no Rio de Janeiro confirma a hipótese inicial deste estudo: existe silenciamento estrutural sobre branquitude nos instrumentos técnicos que guiam a prática clínica. Especificamente, identificou-se descompasso

crítico entre a política de âmbito nacional (PNSIPN), que reconhece o racismo como determinante de saúde, e os protocolos operacionais locais (diretrizes de Hipertensão, Pré-Natal e Currículo SBMFC). Enquanto a primeira nomeia explicitamente o racismo, os últimos operam sob lógica de universalismo daltônico ou biologizante.

Conclui-se que, embora necessária, a inserção da variável "raça/cor" nos prontuários e sistemas de informação revela-se insuficiente sem reformulação epistemológica concomitante das diretrizes clínicas. Enquanto os manuais tratarem a raça apenas como risco genético e não como marcador de vulnerabilidade social produzida pelo racismo, continuaremos a oferecer um cuidado fragmentado e inequânime.

O estudo aponta para a urgência de três movimentos articulados na APS carioca e brasileira:

1. Revisão Epistemológica dos Protocolos Clínicos: Os guias técnicos devem incorporar racismo como fator de risco psicossocial explícito, orientando o médico a investigar violências raciais na anamnese e a considerar o estresse do racismo no manejo de doenças crônicas e maternas.
2. Antirracismo na Formação: Os programas de residência devem ultrapassar a "Competência Cultural" e adotar a "Competência Antirracista", provocando o residente - especialmente o branco -- a reconhecer seu lugar de privilégio e a branquitude normativa que permeia sua escuta.
3. Transversalidade Estrutural da Equidade: A saúde da população negra não pode ser um capítulo à parte ou um anexo de política; deve ser o eixo transversal que reorienta toda a clínica da APS, dado que a maioria da população usuária do SUS é negra.

Romper com o pacto narcísico da branquitude na saúde não é apenas uma demanda política ou moral; é uma exigência técnica para a qualificação do cuidado. Somente quando a Medicina de Família ousar enxergar a cor de quem atende -- e a cor de quem prescreve -- é que poderemos falar, de fato, em integralidade e justiça social no SUS.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Silvio Luiz de. Racismo estrutural. São Paulo: Jandaíra, 2020.
- BENTO, Maria Aparecida Silva. O pacto da branquitude. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.
- BORRET, Rafael H.; et al. A sua consulta tem cor? Incorporando o debate racial na Medicina de Família e Comunidade: um relato de experiência. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2255, 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2255>. Acesso em: 4 set. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série Pactos pela Saúde; v. 4).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- CARNEIRO, Sueli. A construção do outro como não-ser como fundamento do ser. 2023.
- EUGÊNIO, Renata Wirthmann. Apropriação cultural. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. (Feminismos Plurais).
- FANON, Frantz. Pele negra, máscaras brancas. Tradução de Renato da Silveira. Salvador: EDUFBA, 2008.
- GIOVANELLA, Ligia (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz; Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012.
- GONZALEZ, Lélia. Racismo e saúde. ABCD: Revista Brasileira de Saúde da Comunidade, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 234-245, 1984.
- JOSUÉ, Lívia. Raça, genética & hipertensão: nova genética ou velha eugenio? História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 12, p. 371-393, ago. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/sLMdVpkVVRQVjhrbk4qRyZn/>. Acesso em: 28 out. 2023.
- MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. (Coleção Saúde em Debate; n. 145).

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 26. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2021.

OSORIO COCK, Luz Marina; et al. Sobre el currículo oculto: del buen médico, la jerarquía y el maltrato. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín, v. 41, n. 3, p. 349435, 2023. Disponível em: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/349435>. Acesso em: 6 nov. 2025.

RAMOS, Guerreiro. Introdução crítica à sociologia brasileira: a patologia social do branco brasileiro. Rio de Janeiro: UFRJ, 1995. p. 215-242.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). Currículo baseado em competências para medicina de família e comunidade. Rio de Janeiro: SBMFC, 2015. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf). Acesso em: 15 nov. 2024.

STARFIELD, Barbara; et al. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, 2002.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV). Guia rápido pré-natal: atenção primária à saúde. 3. ed. Rio de Janeiro, RJ: SMS-RJ, 2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV). Hipertensão: manejo clínico em adultos. Rio de Janeiro: SMS-RJ, 2016. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).