

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Larissa Rodrigues Jatobá

Saúde da criança negra e cuidado antirracista na Atenção Primária à Saúde

Rio de Janeiro

2023

Larissa Rodrigues Jatobá

Saúde da criança negra e cuidado antirracista na Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas públicas, gestão e cuidado em saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Alda Lacerda

Coorientadora: Profa. Dra. Leticia Batista Silva

Rio de Janeiro

2023

Título do trabalho em inglês: Black child care and anti-racism in Primary Health Care.

J39s Jatobá, Larissa Rodrigues.
Saúde da criança negra e cuidado antirracista na Atenção Primária à Saúde
/ Larissa Rodrigues Jatobá. -- 2023.
74 f. : il.color.

Orientadora: Alda Maria Lacerda da Costa.
Coorientadora: Leticia Batista da Silva.
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo
Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.
Bibliografia: f. 69-74.

1. Saúde da Criança. 2. Integralidade em Saúde. 3. Racismo Institucional.
4. Saúde da População Negra. 5. Cuidado Racializado. I. Título.

CDD 305.8

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Larissa Rodrigues Jatobá

Saúde da criança negra e cuidado antirracista na Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas públicas, gestão e cuidado em saúde.

Aprovada em: 15 de dezembro 2023

Banca Examinadora

Prof. Dr. Marcos Vinicius Ribeiro de Araújo

Universidade Federal da Bahia – Departamento de Fonoaudiologia do Instituto
Multidisciplinar de Reabilitação e Saúde

Prof. Dr. Daniel de Souza Campos

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Serviço Social

Prof.^a Dr.^a Letícia Batista da Silva (Coorientadora)

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Prof.^a Dr.^a Alda Maria Lacerda da Costa (Orientadora)

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2023

AGRADECIMENTOS

Há muito o que agradecer nesse processo que foi o mestrado e que agora se conclui nesta dissertação.

Começo então pela minha mãe, Solange, e meu pai, Athos, que, com todas as dificuldades, apoiaram a construção da mulher que sou, mas especialmente da criança que fui. Eu fui e sou muito feliz por ter nascido nesse lar cheio de amor e com muita dedicação aos meus sonhos, aos nossos sonhos. Eles sempre souberam que eu podia buscar mais essa conquista por nós como diz o cantor Emicida.

Agradeço amorosamente à minha irmã, Débora, que viveu não só no mesmo útero de onde eu vim, mas que vive em mim. Sou grata por todos os ensinamentos e por todas as brincadeiras que partilhamos. Foi com ela que fui criança primeiro. Agora começamos uma aventura incrível que é ela ser mãe e eu ser tia da Serena. Sabemos que não foi fácil ficar longe durante esse ano, pois o tempo é indomável e não me espera para ver Serena crescer.

Agradeço à minha namorada, Rayssa, que foi incansável ao me apoiar especialmente na reta final. Ela me lembrou de não perder a ternura e a alegria de escrever sobre as crianças negras. Obrigada pelo trabalho imaterial do suporte afetivo e do cuidado.

Agradeço aos meus amigos de sempre, João, Mayara, Clarissa, Guilherme, Mariana, Marianne, Diana, Lia, Cecília e Kelly, por continuarem brincando comigo. Rir das coisas simples e dividir nossos desafios de gente grande me salvou diariamente. Que esta seja mais uma página para nos recordarmos nas nossas velhas infâncias.

Agradeço à dupla de orientação formada pelas professoras doutoras Alda Lacerda e Leticia Batista pelo trabalho de me guiar durante essa jornada de produção de conhecimento e autoconhecimento. Não foi fácil nem teria sido possível sem vocês.

Agradeço a uma família especial que se formou recentemente, Rita, Renata e a neném Joana. Que este trabalho possa refletir o tamanho do carinho e do apoio que recebi de vocês.

Ao Coletivo NegreX, o berço do meu processo de me tornar negra, obrigada por ser esse espaço de amadurecimento político e de tantas amizades. Nós somos o sonho dos nossos ancestrais.

Agradeço a todas as ancestrais vivas na luta antirracista. Escolho aqui como representante Conceição Evaristo, fonte de inspiração e de acolhimento para minha escrita.

Por fim, agradeço às crianças negras pequenininhas que por mim passaram. Minha luta por um cuidado antirracista pautado na infância existe porque nos encontramos.

“É contra as paixões tristes que convocamos a infância negra como uma forma de combate”
(Nogueira; Alves, 2019, p. 14).

RESUMO

A determinação social do processo saúde-doença das crianças negras no Brasil é resultado de uma estrutura social racista. O racismo institucional é a expressão do racismo estrutural no funcionamento das instituições. Apesar de a integralidade e a equidade serem princípios do Sistema Único de Saúde e de a Atenção Primária à Saúde (APS) ser sua porta de entrada preferencial, as crianças negras permanecem entre os piores indicadores de saúde, incluindo aqueles evitáveis e sensíveis à APS. O objetivo deste trabalho foi analisar expressões antirracistas nos encontros de cuidado em saúde com crianças negras na APS a partir dos sentidos de mundo de uma mulher e médica negra. Fica evidente a ausência do reconhecimento do racismo nas políticas e referenciais de cuidado das crianças na APS. Além disso, observou-se que o racismo institucional está presente no cuidado em saúde das crianças negras e que há múltiplas lacunas não preenchidas para que se alcance um cuidado integral e antirracista.

Palavras-chave: saúde da criança negra; cuidado racializado; racismo institucional; saúde da população negra; integralidade do cuidado;

ABSTRACT

The social determination of the health-disease process of Black children in Brazil is the result of a racist social structure. Institutional racism is the expression of structural racism in the functioning of institutions. Although comprehensiveness and equity are principles of the Unified Health System and Primary Health Care (PHC) is its preferred gateway, Black children remain among the worst health indicators, including those preventable and sensitive to PHC. The aim of this study was to analyze anti-racist expressions in health care meetings with Black children in PHC from the world senses of a Black woman and doctor. It is evident the lack of recognition of racism in the policies and references of child care in PHC. In addition, it was observed that institutional racism is present in the health care of Black children and that there are multiple gaps unfulfilled to achieve comprehensive and anti-racist care.

Keywords: black child care; racialized care; institutional racism; black people care; comprehensive health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Dimensões do racismo.....	18
Figura 2 –	Como o racismo impacta no desenvolvimento infantil?.....	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP	Abordagem Centrada na Pessoa
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAB	Caderno de Atenção Básica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DSPSD	Determinação Social do Processo Saúde-Doença
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
EUA	Estados Unidos da América
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FM	Faculdade de Medicina
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
MFC	Medicina de Família e Comunidade
NegreX	Coletivo Nacional de Médiques Negres
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS.....	16
2.1	OBJETIVO GERAL.....	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3	RACISMO: UM DEBATE NECESSÁRIO.....	17
3.1	RACISMO INSTITUCIONAL E O SUS.....	22
4	O CUIDADO ANTIRRACISTA COM CRIANÇAS NEGRAS.....	25
4.1	O CENÁRIO DE SAÚDE DA CRIANÇA NEGRA NO BRASIL.....	25
4.2	SAÚDE, COLONIALISMO E A DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DA CRIANÇA NEGRA.....	28
4.3	CUIDADO E A SAÚDE DA CRIANÇA NEGRA.....	30
4.4	A INFÂNCIA NEGRA COMO CAMINHO PARA O ANTIRRACISMO NA SAÚDE.....	35
5	ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	39
6	ESCREVENDO ENCONTROS COM CRIANÇAS E INFÂNCIAS NEGRAS.....	42
6.1	RAYANNE, 6 ANOS (O ACALANTO DE NOS RECONHECERMOS UMA NA OUTRA).....	42
6.2	MARTIN (FEVEREIRO DE 2023).....	46
6.3	MIGUEL (MAIO DE 2023).....	50
6.4	OS IBEJIS (TAPEANDO A MORTE NA FAVELA).....	53
6.5	VELHO PALMARES (MAIO DE 2023) – QUANDO AS INFÂNCIAS SOCORREM OUTRAS INFÂNCIAS.....	56
6.6	ÁGATHA (JULHO DE 2023).....	59
6.7	AIMÉ.....	62
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
	REFERÊNCIAS.....	69

APRESENTAÇÃO

[...] a gente nasce preta, mulata, parda, marrom, roxinha dentre outras, mas tornar-se negra é uma conquista. (Gonzalez, 1988, p. 2).

Chamo-me Larissa Rodrigues Jatobá. Sou uma mulher de 31 anos, negra, lésbica e periférica. Nascida em Jacarepaguá, bairro da Zona Oeste do município do Rio de Janeiro, cresci em uma família nuclear negra de classe média baixa. Tenho uma irmã negra três anos mais velha que eu, no entanto, brinquei e construí minhas primeiras relações de amizade e afetos extrafamiliares com crianças brancas. Meus pais, uma dedicada mãe que cuidou do nosso lar e dos nossos estudos e um pai professor de educação física incansável, garantiram que estudássemos nos melhores colégios particulares que eles puderam nos ofertar até o fim do ensino fundamental. Em grande medida, esse ambiente escolar moldou um grupo majoritariamente branco de relações nas nossas infâncias.

É importante, para esta dissertação, que leitoras e leitores possam acessar uma descrição física, fenotípica minha, pois, em breve, meus encontros com as crianças negras que atendo atravessarão essa dimensão do corpo na construção dos sentidos de cuidado. Eu me identifico como uma mulher negra de pele menos escura e costumo me autodeclarar como parda para fins de informações estatísticas. As pessoas costumam me apontar como morena ou mulata, termos que são inapropriados e racistas. Tenho cabelos crespos com cachos médios. Gosto de usá-los armados, mas, desde 2018, uso mais de 30 longos *dreadlocks* e raspo as laterais e a nuca. Tenho traços faciais negros, como nariz com pouca projeção da ponta e narinas um pouco mais largas, e lábios grossos. Por tudo isso, na nossa sociedade racista, machista e classista, é bastante comum que as pessoas não me identifiquem como médica até que eu me apresente como tal.

Quando criança, essas características fenotípicas negras, aliadas ao meu gosto pelas “brincadeiras de menino”, fizeram-me enfrentar desafios para encontrar amigos, namorados e, depois, namoradas; além de terem me empurrado para a busca de qualidades valorizadas pela sociedade, já que ser negra e lésbica não se encaixava nessas qualidades. Eu me lancei nos estudos e nos esportes, nos quais a meritocracia parecia fazer sentido – até notar que eu poderia ser a melhor em tudo isso, que me apontariam negra e que tudo seria desmerecido. Portanto, eu não queria ser negra nem tive suporte que pudesse me dizer o contrário. Nesse sentido, a questão da identidade racial e da racialização do cuidado em saúde de crianças negras surgiu como tema para mim já na fase adulta, quando percebi que fui uma criança negra.

Era o ano de 2015, estava ainda na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FM-UFRJ) quando se começava a pensar no Coletivo Nacional de Estudantes Negres e, mais tarde, de Médiqes Negres (NegreX). Foi nas rodas de acolhimento do Coletivo que se iniciou para mim o processo de tornar-me negra. Foi, antes de tudo, um caminho feito de afetos negros. Naquele momento, resgatei, como muitos de meus colegas, a infância como o primeiro momento em que me deparei com o trauma do racismo.

Segundo Gomes (2005), o racismo se expressa de várias maneiras, seja pela aversão às pessoas que têm traços fenotípicos negros, seja pelo desprezo dos que acreditam que a raça negra é inferior:

O racismo é, por um lado, um comportamento, uma ação resultante da aversão, por vezes, do ódio, em relação a pessoas que possuem um pertencimento racial observável por meio de sinais, tais como: cor da pele, tipo de cabelo etc. Ele é por outro lado um conjunto de ideias e imagens referente aos grupos humanos que acreditam na existência de raças superiores e inferiores. O racismo também resulta da vontade de se impor uma verdade ou uma crença particular como única e verdadeira. (Gomes, 2005, p. 52).

Depois, percebi como o racismo, com outras opressões estruturais, deflagram efeitos negativos sobre minha autoestima também como mulher negra. Dois anos depois, em 2017, com outros integrantes, meus companheiros do NegreX, produzi o primeiro espaço para debater saúde da população negra na FM-UFRJ durante o internato de Medicina de Família e Comunidade (MFC) integrado com o de Saúde Mental. Marco esse evento, pois nele, enquanto coletividade negra, decidimos enfrentar o racismo dentro da Universidade, questionando as formas de entender a saúde e incorporando a questão racial como um elemento central no cuidado prestado à população e, portanto, na formação médica. De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – 2019 (IBGE, 2020a), 42,7% dos brasileiros se declararam como brancos; 46,8% como pardos; 9,4% como pretos; e 1,1% como amarelos ou indígenas, evidenciando que a maior parte da população brasileira, ou seja, cerca de 56,2%, é negra.

No ano seguinte, quando entrei para o Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e da UFRJ (PRMFC-ENSP/UFRJ), comecei a atuar no bairro de Manguinhos, na cidade do Rio de Janeiro, e deparei-me com um perfil demográfico no qual a maioria das crianças atendidas era negra, um perfil distinto do encontrado no internato. Foi então, naquele momento, que a minha experiência pessoal encontrou o contexto do meu trabalho profissional.

No consultório, havia um encontro entre a Determinação Social do Processo Saúde-Doença – DSPSD (Breilh, 2013) das crianças negras e o racismo. Essa relação aparecia, por exemplo, nos casos de alopecias por tração resultantes da tensão prolongada ou repetitiva do cabelo, em situações dermatológicas de ressecamento da pele sendo consideradas como má higiene e sujeira; e em comportamentos apontados como agressivos ou inapropriados. Havia também revelações de crianças que desejavam não ser negras e os relatos de familiares e colegas que as animalizavam, xingavam-nas de animais. Alguém já lhes gritava: negros! Esses encontros foram muito marcantes porque eu sabia exatamente o que era sentir isso enquanto criança e depois como adulta.

Mesmo sendo técnica em análises clínicas pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), médica formada pela UFRJ, pós-graduada em MFC pela ENSP-Fiocruz, mestranda em Atenção Primária à Saúde (APS) pela ENSP-Fiocruz, eu não tenho a possibilidade social neste país de que alguém, de qualquer raça/cor, em um primeiro encontro, pense que eu possa ser tudo isso. Meu curto currículo acadêmico e profissional é uma paixão triste que o racismo reafirma todos os dias. No entanto, por todo meu percurso como mulher negra, é ainda uma paixão implicada e afetuosa que mantenho à disposição e em suporte às crianças.

Mais recentemente, tenho me deparado com as situações em que mortes violentas por arma de fogo de entes queridos e vizinhos se apresentam como quadros de ansiedade em crianças e adolescentes negros. Com isso, quero destacar que o racismo é uma construção social, histórica e cultural que se apresenta de forma particular no cotidiano de crianças negras, assim como no cuidado em saúde.

O caminho que percorri até o tema é, portanto, fruto das trocas de experiências de racismo entre jovens negros, do encontro da minha criança com outras e da minha condição de médica negra atuando na APS e repensando nos processos de cuidado.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, por uma construção sociorracial, a população negra tem sido alvo cotidianamente de ações e omissões do Estado que levam a mais desfechos negativos em saúde quando comparada com a população branca (Brasil, 2013). Ao fazermos o recorte por faixa etária, percebe-se que, entre as crianças, as desigualdades injustas na saúde se mantêm, e de forma grave, pois aqui se está falando de agravos, de morbidade, mas também de mortes. Além disso, as informações em relação a outros setores, como o da educação, da segurança pública e da assistência social, são também reveladoras de grandes disparidades.

É ainda na primeira infância que humanos passam pelo processo de desenvolvimento neuropsicomotor com maior capacidade cerebral (Xavier, 2018). Esse é um dos motivos pelos quais ela tem sido considerada uma janela de ouro para a estimulação de aprendizado e de produção de relações com o mundo. Outro motivo é que, socialmente, apesar do grande potencial biológico, a primeira infância faz parte do período em que o ser humano é considerado incapaz de lidar sozinho com desafios que coloquem sua vida e sua saúde em risco, necessitando de um ambiente social protegido não só por sua família, mas legalmente por toda a sociedade.

Dessa forma, é o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que versa sobre essa proteção e sobre os direitos da criança no Brasil. Na saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) defende a garantia de uma saúde universal, integral e equânime para as crianças, mas, na prática, o racismo institucional prevalece sobre o que está escrito nas leis e nas políticas de saúde.

Ainda na delimitação da escolha da primeira infância (0 a 6 anos) para esta dissertação, é nela que as crianças começam seu processo de percepção de diferenças, desde se individuar em relação ao corpo da mãe até perceber que há diferenças com valores hierárquicos na sociedade. Entre elas, está a raça/cor. Nesse sentido, as crianças negras brasileiras já começam a perceber o racismo em sua dimensão interpessoal quando observam comportamentos discriminatórios com características fenotípicas da população negra. Nesse processo, começam a notar que é justamente a esse grupo fenotípico inferiorizado socialmente que elas pertencem (Comitê Científico, 2023). Portanto, a identidade racial das crianças negras vai se construindo de forma negativa, e já podem começar a sentir a dimensão internalizada do racismo com comportamentos e falas de autodepreciação e de auto-ódio (Gomes; Araújo, 2023; Santiago, 2015). Nesse aspecto individual, percebem-se os desdobramentos do racismo no desenvolvimento emocional, em que alguns estudos americanos já identificam impactos na saúde mental de crianças após a primeira infância (Umberson, 2017).

O autor argumenta que as relações familiares e de amizade são bases para saúde física e mental das pessoas e que o estresse acumulado de várias perdas de entes queridos ao longo da vida interfere na saúde. Diz ainda que a população negra, devido a uma maior frequência de perdas de entes queridos somada a outros determinantes biopsicossociais de iniquidades, quando comparada a população branca, fica em desvantagem para desfechos negativos de saúde (Umberson, 2017).

Exemplos de situações estressoras são as constatações do Plano Juventude Viva de que, em 2012, das mais de 30 mil mortes de jovens entre 15 e 29 anos, 77% eram de negros (Brasil, 2018b). No mesmo sentido, dados da Secretaria de Vigilância em Saúde, em sua “análise da situação de saúde no Brasil”, de 2005, evidenciam: maior número de consultas de pré-natal para mulheres brancas que para negras; maior mortalidade materno-infantil na população negra que na branca, risco maior de crianças negras morrerem por doenças infectoparasitárias antes dos 5 anos de idade e maior número de mortes de crianças negras por desnutrição (Brasil, 2005). Apesar de importantes, esses dados são incapazes de mostrar uma associação mais estreita entre o racismo e os desfechos negativos em saúde para crianças e adultos negros.

Nesse sentido, alguns estudos longitudinais americanos (Bridge, 2015; Cheng; Cohen; Goodman, 2015) trazem associações mais contundentes entre o racismo e a percepção deste pelas crianças e um número maior de suicídios entre crianças e prevalência de depressão entre jovens adultos negros nos Estados Unidos da América (EUA).

Tais informações são essenciais para mostrar à sociedade geral, mas especialmente aos profissionais da saúde, que uma criança negra no Brasil nasce e cresce em um cenário em que a construção positiva da identidade racial – e, portanto, de sua autoestima – é um grande e injusto desafio (França, 2002).

Em vista disso, considerando a DSPSD da criança negra em um país no qual o racismo faz parte de sua estrutura, é preciso falar sobre as desigualdades injustas no cuidado na APS e os caminhos para construção de uma conduta antirracista nos encontros com as crianças negras.

Ainda no recorte da discriminação das crianças negras e seus modos de viver e morrer, é determinante a percepção de que a criança e a infância negra nunca foram desejadas socialmente no Brasil (Oliveira; Correa, 2022). As mortes tanto físicas quanto simbólicas de crianças negras, bem como de indígenas, sempre foram permitidas. A pandemia de covid-19 apenas repete a história com os dados alarmantes de mortes infantis nesse grupo (Theodoro, 2022).

Apesar de o movimento social negro já ter conquistado muitas vitórias, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), há ainda grandes lacunas tanto do

ponto de vista acadêmico quanto da prática do cuidado em saúde no que tange à resposta às iniquidades nas infâncias negras. Nesse sentido, é preciso evidenciar como a estrutura racista do Brasil propicia que as instituições de saúde sejam a mão de um cuidado ineficaz, sem equidade, e mostrar como ela opera nas múltiplas infâncias brasileiras até a ponta do SUS, a APS.

Partindo do pressuposto de que o racismo institucional está fortemente presente nas práticas da APS, o nosso objeto de estudo se volta para a abordagem racializada do cuidado às crianças negras na APS, pois, embora isso seja relevante, não tem sido levado em conta.

A presente dissertação percorrerá, nos capítulos iniciais, o debate entre os conceitos-chave: racismo institucional, saúde da criança negra e cuidado em saúde; até a observação e a discussão sobre as expressões do racismo institucional e de práticas antirracistas nos encontros com crianças negras no cenário da APS do ponto de vista de uma mulher e médica negra especialista em atenção primária.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar expressões antirracistas nos encontros de cuidado em saúde com crianças negras na APS a partir dos sentidos de mundo de uma mulher e médica negra.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar aspectos do racismo institucional presentes nos encontros de cuidado em saúde das crianças negras na APS.
2. Discutir as percepções de cuidado antirracistas com crianças negras inscritas na minha vivência de mulher e médica negra na APS.

3 RACISMO: UM DEBATE NECESSÁRIO

A construção sócio-histórica colonial e racista do Brasil se iniciou no século XVI com a invasão portuguesa da terra dos povos indígenas na região Nordeste e se perpetua até os dias atuais (Almeida; Ribeiro, 2019). Isso significa que há, em nossa sociedade, desde então, uma concepção de raças humanas que se relaciona de forma hierárquica, com brancos dominando as demais raças. Ela já foi justificada das mais diversas formas, entre as quais, estão os movimentos de elites intelectuais nacionais e internacionais como o racismo científico e o eugenista (Souza, 2022).

A concepção de raça chegou ao Brasil, mas veio da Europa com um falso embasamento científico de que seria possível separar homens em raças biológicas hierárquicas, atribuindo a elas características não só dos corpos, mas também dos comportamentos e das personalidades. No século XVIII, por exemplo, o sueco Carl Von Linné foi capaz de listar as características fenotípicas e comportamentais das raças humanas, as quais identificou como o europeu, o africano, o asiático e o americano. Nessa classificação, todos os bons comportamentos, padrões de beleza e intelecto foram dados ao homem europeu, o branco. Aos demais, coube um compilado de palavras depreciativas sobre os corpos, comportamentos, intelecto e caráter, em que se percebe que o pior dos conjuntos foi atribuído ao africano, o negro (Munanga, 2004).

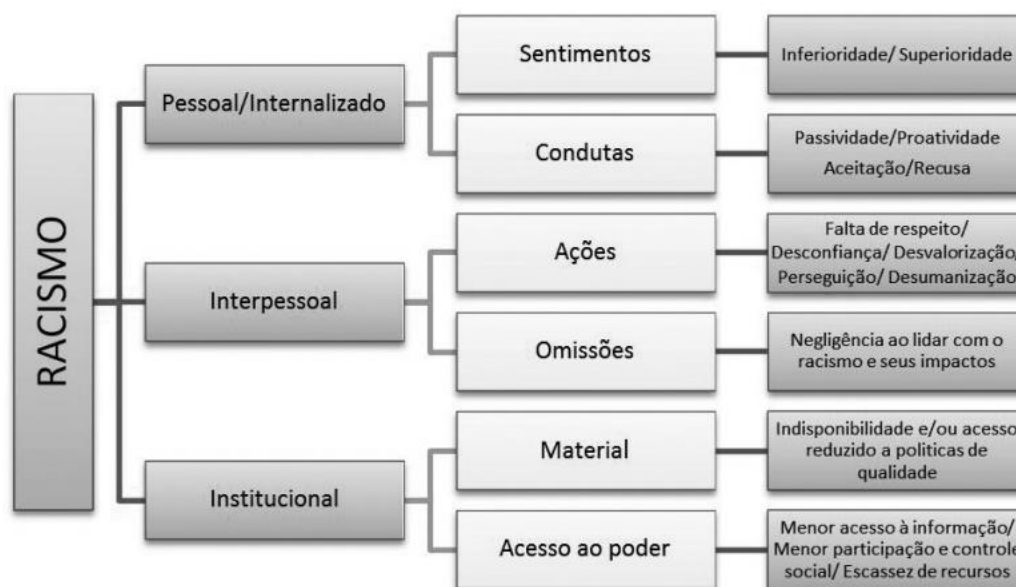
No século XX, quando não foi mais possível sustentar essa tese do ponto de vista científico nem mesmo entre os eugenistas (Souza, 2022), a raça se perpetuou como um conceito social carregado da relação de poder entre pessoas de cores de pele e culturas diferentes (Munanga, 2004). O que é preciso destacar é que há uma herança de relações hierárquicas entre as raças no imaginário social na atualidade.

No cenário brasileiro, contudo, a herança ganhou uma sutileza estratégica para a branquitude chamada de democracia racial, um mito teórico construído novamente por grandes pensadores que foi adotado pelos detentores do poder, dos meios de produção e do conhecimento – os brancos – como forma de dominar sem dividir a nação. O mito da democracia racial é o modo brasileiro de operar a ocultação do racismo enquanto estrutura social. Talvez, o mais conhecido entre os pensadores do mito seja Gilberto Freire, autor do livro *Casa Grande e Senzala*. De forma muito sucinta, é um dos livros mais referenciados para falar sobre como, supostamente, os brasileiros vivem em harmonia por serem um povo miscigenado que acolhe democraticamente as diferenças raciais. É, portanto, um registro literário nacional de como a sociedade brasileira busca apagar a existência do racismo para perpetuar os poderes e privilégios da população branca em detrimento da população negra.

Mais recentemente, o movimento negro iniciou o descortinamento do mito da democracia racial conceituando e discutindo suas expressões na sociedade. Pensadores como Werneck (2016), Almeida (2019) e Oliveira (2021) debateram o conceito do racismo estrutural e dialogaram com os criadores da concepção do racismo institucional, como Charles V. Hamilton e Kwame Ture¹, do movimento Panteras Negras nos EUA, apontando que o racismo não pode ser enfrentado apenas como uma questão das relações interpessoais, mas, sim, como um modo de funcionamento de sociedade que atravessa todas as suas dimensões: a interpessoal, a institucional, a política, a econômica etc. Destaco aqui como os trabalhos de Jones (2002), nos EUA, e de Almeida (2019), no Brasil, esmiúçam o conceito de racismo ao dizerem que ele é estrutural.

O primeiro autor (Jones, 2002), para se aproximar dos efeitos do racismo na saúde em seu país, desdobra o racismo em três níveis, institucional, interpessoal e internalizado (figura 1); e enfoca o racismo institucional para efetivar o antirracismo no âmbito da saúde. É com esse pensamento que Werneck (2016) vai dialogar para pensar nos efeitos do racismo institucional na saúde da população negra no Brasil.

Figura 1 – Dimensões do racismo



Fonte: Werneck (2016). Adaptada do modelo de Jones (2002).

Como se pode observar pela figura 1, o racismo institucional pode ser desdobrado em dois componentes, material e de acesso ao poder. No componente material, é importante

¹ Esses autores conceberam o conceito de Racismo institucional em 1967. Kwame Ture é o nome que Stokely Carmichael adotou no fim de sua vida.

observar que a APS é a porta de entrada preferencial da população no sistema e que 70% dos usuários que dependem do SUS para o acesso à saúde são negros (Brasil, 2017). É por isso que a cobertura da APS e a qualidade da formação profissional de suas equipes precisam ser um destaque na luta contra o racismo no Brasil². No entanto, a qualificação dos profissionais para combate ao racismo institucional ainda é algo que precisa ser avaliado.

Almeida (2019), como bom jurista, apresenta a necessidade de nos atentarmos à semântica das palavras “individual”, “institucional” e “estrutural” para não reduzir a estrutura racial no Brasil a relações interpessoais ou esquecer de que o funcionamento institucional está pautado na estrutura social. Ressalta que, na concepção individual, que é trazida por Jones como interpessoal, o racismo fica reduzido à ética e à moral, que tem sua relevância, mas não explica a gravidade dos impactos do racismo sobre a população negra.

O autor também afirma que é justamente sobre a égide da limitação da concepção do racismo individual que se perpetuaram muitos dos líderes que se dizem “pessoas de bem”, que acreditam que “somos todos humanos” e que o racismo é uma atrocidade provocada por indivíduos que, portanto, precisa ser combatida na individualidade. Exemplo disso é que o racismo é crime no Brasil, porém, como não se consegue enxergar o racismo enquanto estrutura, ainda mantemos a população negra como maioria entre os piores indicadores de desenvolvimento social e de saúde. Além disso, nem no âmbito individual vemos desdobramentos adequados, afinal é ínfimo o número de pessoas condenadas por esse crime no país (Globonews, 2017).

Por último, a diferenciação necessária que Almeida (2019) traz entre o racismo institucional e o racismo estrutural precisa partir do significado social da palavra instituição. Segundo o autor, “as instituições são a materialização das determinações formais da vida social” [e, portanto, pode-se concluir que] “resultam dos conflitos e das lutas pelo monopólio do poder social”, “também carregam em si os conflitos existentes” [na sociedade e] “são atravessadas internamente por lutas entre indivíduos e grupos que querem assumir o controle da instituição.” (Almeida, 2019, p. 39). Ou seja, o racismo institucional nada mais é do que a materialização do racismo estrutural no funcionamento das instituições sociais, é o palco da utilização do poder pelo grupo social dominante, os brancos, para determinar as regras e padrões sociais a partir dos valores da branquitude. Nesse sentido, ele conclui que “as instituições são racistas, porque a sociedade é racista.” (Almeida, 2019).

² A cobertura já chega a mais de 90% em 73% dos municípios em 2023 (Barros, 2023).

Werneck (2016) e López (2012) também contribuem ao recortar as aplicações da dimensão institucional do racismo na saúde brasileira. López resgata o percurso dos marcos legais no contexto abolicionista do Brasil Império que, em última análise, assemelha-se bastante às conquistas legais e às políticas públicas amputadas do movimento negro até os dias atuais. Digo semelhantes porque, na prática, mantiveram a estrutura desigual entre brancos e negros como as suas antecessoras; e amputadas porque, de acordo com a autora, as propostas feitas pelas personagens do movimento negro popular, acadêmico e político tinham ramos mais amplos e estratégicos para a população negra, mas o racismo institucional podou o alcance destas para a vida cotidiana dos negros do país até 1990.

Nesse sentido, a autora (López, 2012) traz três momentos históricos, antes de 1990, dessa ação da militância negra na interface com o Estado que culminam, em grande parte, em ações simbólicas e, aquelas que são materiais, continuam fragilizadas pelo paradoxo do não reconhecimento do racismo institucional pelas instituições que deveriam executá-las. López termina dizendo que foi a conceituação do racismo institucional e sua utilização no cenário nacional que possibilitaram um aumento das chances de efetivação de leis, ações, políticas e programas antirracistas, como a Resolução nº 196/1996, que introduziu o recorte racial nas pesquisas com seres humanos, o I Seminário Nacional de Saúde da População Negra em 2004, o Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) em 2005, a PNSIPN em 2009 e a Lei de Cotas em 2012 (López, 2012).

Werneck (2016) também realiza esse resgate histórico sobre o racismo institucional no Brasil, mas com enfoque na saúde da mulher negra. Ela adiciona as conquistas citadas por López (2012) no Manual de Saúde da População negra e a determinação de uma vaga para o movimento negro no Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2005, que, por sua vez, permitiu as articulações para a PNSIPN ser instituída em 2009 (Werneck, 2016). Além disso, lembra-nos do peso do racismo institucional contra a população negra ao afirmar que foi preciso incluir os objetivos da PNSIPN na Lei nº 12.288/2010 para dar peso legal à política; e, ainda assim, o cenário de sua implementação está até hoje incipiente nas três esferas – federal, estadual e municipal.

Outros autores (Batista; Monteiro; Medeiros, 2013) também sinalizaram a incipiência da PNSIPN ao levantarem os dados do departamento de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde e constatarem que, após quatro anos da publicação, apenas 14 municípios brasileiros haviam tomado alguma medida para implementá-la, todas envolvendo sensibilização sobre a importância de enxergar o racismo como um fator que influencia

negativamente na saúde. Um exemplo belo e pioneiro é o Projeto Ninar em Pernambuco³, que, desde os anos 2000, busca aproximação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com os terreiros, partindo do pressuposto de que esses são espaços de promoção de saúde e cuidado para as crianças negras.

Em tempo, o município do Rio de Janeiro, em março de 2023, 14 anos após a PNSIPN, aprovou o Programa Municipal de Saúde Integral para a População Negra⁴. É alarmante a demora para a tomada de ações especialmente nesse município, cuja população negra é parte expressiva da população.

A morte negra não é um fim de vida, é uma vida desfeita, é uma Átropos ensandecida que corta o fio da vida sem que Cloto o teça ou que Láquesis o meça. A morte negra é uma morte desgraçada. (Batista; Escuder; Pereira, 2004, p. 635 *apud* Batista; Monteiro; Medeiros, 2013, p. 682).

No Brasil, o negro morre de fome porque, sendo negro, não consegue emprego, então não garante a renda e a comida no prato quando adoece. A criança negra e sua família não conseguem acessar ações de promoção da saúde e de cuidado, então não sabem evitar a contaminação por parasitas e desenvolvem diarreia e complicações, ou então morrem desidratadas ou sépticas.

Mbembe (2018) adiciona a essa discussão sobre racismo, com o conceito de necropolítica, como desdobramento do conceito de biopoder de Foucault, o caráter perverso do controle dessa estrutura racista sobre corpos negros que seriam os corpos matáveis em nossa sociedade. Noguera (2020), ao debater e denunciar as mortes por arma de fogo de crianças negras, avança para os efeitos da necropolítica sobre as vidas desse grupo no país, o que tem chamado de necroinfâncias.

Dessa forma, o apanhado histórico e conceitual se fez necessário para evidenciar o tamanho e a idade da estrutura racista que permeia as construções das relações sociais no Brasil, relações das quais as crianças são participantes e vítimas. Trata-se de um gigante adulto operador de morte e adoecimento de crianças e infâncias brasileiras. No entanto, será preciso esmiuçar que *modus operandi* é esse no setor saúde, especificamente na APS.

É com a percepção do racismo como constituinte dessa sociedade e, portanto, de suas instituições que aqui se fará o percurso até os efeitos na saúde das crianças negras e a

³ Segundo Rose Santos, coordenadora da Política de Saúde Integral da População Negra da Sesau, trata-se de um projeto pioneiro no Brasil que oferta serviços de atenção básica associados ao resgate de histórias africanas e afro-brasileiras para crianças, suas mães, comunidades, profissionais e gestores.

⁴ Disponível em: <http://www.camara.rio/comunicacao/noticias/1420-garantido-programa-que-promove-a-saude-integral-para-a-populacao-negra>. Acesso em: 24 set. 2023.

necessidade de racializar o seu cuidado como forma de enfrentamento. A produção do cuidado não tem se mostrado suficiente para incluir a criança como protagonista, além de ser insuficiente para combater desde efeitos mais concretos sobre o adoecer até aqueles mais abstratos, como a possibilidade de sonhar, de brincar.

3.1 RACISMO INSTITUCIONAL E O SUS

O racismo institucional é a expressão da estrutura racista no funcionamento das instituições de uma sociedade. É possível, por exemplo, vê-lo operando em uma entrevista de emprego em que pessoas negras são desclassificadas pela cor de sua pele porque elas não se encaixam no perfil de pessoas procurado pela loja, ou pela escola, ou pela agência de moda etc. É possível ainda que ele chegue a afetar o consumidor negro, como em uma loja de produtos de beleza e maquiagem porque não há cosméticos adequados para os tons das peles negras. Contudo, é preciso direcionar o debate do racismo institucional para o SUS, que não é uma loja ou uma mercadoria.

O racismo institucional se expressa na saúde pública brasileira, por exemplo, nas políticas públicas de saúde, haja vista a última Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2017 (Brasil, 2017) durante o governo de Jair Bolsonaro, que traz uma perda de financiamento, uma mudança na lógica da APS e, conseqüentemente, um retrocesso para o SUS e, mais especificamente, para a Saúde da Família. Sobre a PNAB, Melo *et al.* (2018) destacam a abertura de portas para iniquidades fantasiada de flexibilização para adequação das vulnerabilidades da população dos municípios.

Duas mudanças são emblemáticas para defender essa crítica dos autores: a primeira diz respeito à flexibilização do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que pode ser de apenas um profissional por equipe, sendo a decisão do quantitativo a cargo dos municípios. A PNAB também permite a possibilidade de haver equipes de Atenção Básica sem ACS. Cabe destacar que a categoria ACS é defendida como elemento essencial para materialização dos atributos da APS como garantia do acesso às UBS, referência comunitária, integralidade e longitudinalidade (Morosini; Fonseca, 2018). Dessa forma, a redução ou a ausência desse trabalhador traz perdas importante para o cuidado à saúde, principalmente da população em maior situação de vulnerabilidade.

A segunda mudança a ser destacada é a flexibilização do tamanho da população adscrita, que fica agora entre 2 mil e 3,5 mil pessoas por equipe de Atenção Básica (Brasil, 2017). É evidente que, se os municípios seguirem a recomendação da adequação do quantitativo de ACS

e de pessoas adscritas por equipe ao perfil das vulnerabilidades do território, essas duas mudanças não seriam um problema. O nó crítico é que não houve um detalhamento sobre quem, como e com que periodicidade realizar o diagnóstico dessas vulnerabilidades e as medidas a serem tomadas de acordo com o resultado da investigação. Como será calculada a quantidade de pessoas pobres por equipe para que um cuidado adequado seja realizado? Ou de pessoas com deficiência? Ou de pessoas que sofrem racismo?⁵

Deixar uma questão importante para o cuidado integral e equânime em saúde, como a medida da vulnerabilidade, em aberto na PNAB é uma forma de racismo institucional. Isso porque permite que a saúde de pessoas que são vulnerabilizadas por serem negras esteja à mercê da decisão do poder executivo municipal e de seus cargos de confiança. Um poder ocupado pelas mais diversas agendas políticas, inclusive a do nazifascismo e da necropolítica. É mister que isso seja evidenciado. O poder sobre quem morre e como morre está grandemente nas mãos de quem ocupa os cargos de decisão das instituições de saúde. No Brasil, quem morre pelas causas evitáveis é majoritariamente a população negra.

Foi justamente observando as injustas desigualdades nas formas de viver, adoecer e morrer que o movimento social negro, dentro e fora da academia e das instituições políticas, construiu com grande luta a PNSIPN aprovada no CNS em 2006 (Brasil, 2006). Ela tem como objetivo “Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS.” (Brasil, 2013). No entanto, o racismo institucional tem conseguido minar até mesmo a política voltada para enfrentar o racismo na saúde. Até hoje, são poucos os municípios que iniciaram um planejamento para implementação da PNPSIPN no país (Batista; Monteiro; Medeiros, 2013).

A lentidão na implementação da política é um prejuízo para o cuidado em saúde da população negra. É preocupante quando as gestões municipais planejam mal a quantidade e a qualidade de recursos humanos para dar conta das demandas em saúde de uma população majoritariamente negra, pobre e periférica que mora em uma favela dominada pela milícia, pelo tráfico etc.

O racismo institucional aparece na vigilância em saúde quando impede a desagregação por raça-cor por não haver obrigatoriedade de preenchimento desse quesito em todas as notificações não compulsórias de doenças e agravos, no preenchimento do cadastro das pessoas

⁵ A conhecida escala de risco de vulnerabilidade de Coelho Savassi, apesar de ter suas lacunas, como não abordar a raça/cor, por exemplo, nem é citada na PNAB 2017.

no prontuário, ou quando há o quesito preenchido, mas o prontuário e/ou o sistema de informação não são capazes de integrar esse dado a indicadores de saúde etc. Pode também se apresentar, enraizar e proliferar na ponta do sistema, no cuidado em saúde. Como um fungo, o racismo fica subsumido enquanto cresce, mas o corpo negro sente sua insidiosa ação.

Na APS, o racismo institucional se expressa desde a gestão até a mão que toca as pessoas que buscam o cuidado. O caminho de formação dos profissionais na APS é o do colonialismo, do mito da democracia racial e da branquitude. O poder hierárquico de conhecimentos dos colonizadores sobre os conhecimentos dos colonizados se perpetua até hoje na formação e na prática de saúde. Exemplo disso é o apagamento dos conhecimentos populares, dos povos de terreiro, dos centros de umbanda, dos povos indígenas nos referenciais teóricos e nas práticas de cuidado e de promoção da saúde, que estão sendo resgatados pelos movimentos populares como o negro e indígena, mas ainda sofrem grande resistência tanto da academia como das instituições do setor saúde. Agora é preciso falar especificamente sobre as lacunas que deixam na atenção e no cuidado à saúde das crianças negras, especialmente na APS.

4 O CUIDADO ANTIRRACISTA COM CRIANÇAS NEGRAS

4.1 O CENÁRIO DE SAÚDE DA CRIANÇA NEGRA NO BRASIL

É importante reconhecer que as crianças negras brasileiras, na atualidade, estão diante não só das mortes físicas por acidentes, por arma de fogo e por doenças preveníveis e tratáveis, elas perdem a possibilidade de serem crianças, vivenciam a morte de sua infância. Assim como no período colonial, os cuidadores, especialmente as mães negras e pobres, estão cuidando de outras casas e de crianças brancas e ricas. Estão ainda ninando os sonos da casa-grande e alimentando os filhos dos brancos ricos (Comitê Científico..., 2021; Evaristo, 2020). Enquanto isso, as crianças negras e pobres estão trabalhando ilegalmente nos sinais de trânsito, nas lavouras, no extrativismo ou cuidando de seus irmãos mais novos, de seus avós adoecidos dentro de casa. São recorrentes, ainda, a sexualização e a adultização das meninas negras como demonstram Epstein, Blake e González (2017), além da vida nas ruas e da naturalização de gravidezes indesejadas na adolescência. As crianças negras estão inseridas de tal modo no funcionamento do racismo que é preciso falar sobre infâncias negras no plural e entender os desdobramentos para o seu desenvolvimento nos cenários em que vivem.

O racismo é uma das variáveis que compõem as chamadas Experiências Adversas na Infância (CDC, 2019). A experiência de ser criança negra no Brasil ocorre na adversidade do racismo brasileiro e essas crianças podem enfrentar maior exposição ao estresse tóxico por traumas e a situações de pobreza devido ao racismo. (Comitê Científico..., 2021, p. 10).

As crianças negras são provavelmente a maioria entre as mais pobres do país, já que 73,5% da população abaixo da linha da pobreza é negra. Quase 70% das crianças submetidas a trabalho infantil são negras (IBGE, 2020b). Segundo dados apresentados na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PNAISC (Brasil, 2018a) e na PNSIPN (Brasil, 2013), mulheres negras têm menor acesso a consultas de pré-natal que mulheres brancas; bebês negros têm 25% mais chance de morrer até 1 ano de vida do que os brancos (Brasil, 2009); até os 5 anos de idade, crianças negras têm risco de morrer de doenças infectoparasitárias e de desnutrição, respectivamente, 60% e 90% maior que de crianças brancas (Brasil, 2005).

Segundo levantamento, a partir do Sistema de Informação sobre Mortalidade e do Sistema Nacional de Agravos de Notificação, do Instituto Sou da Paz, as crianças negras até 14 anos de idade, em 2019, apresentaram taxa de mortes violentas por agressão 3,6 vezes maior que a de crianças não negras; e em 2020, 12 crianças negras foram assassinadas no estado do

Rio de Janeiro, em média, uma morte por mês nesse ano quando as incursões policiais estavam suspensas nas favelas do estado por decisão do Supremo Tribunal Federal (STF). Por outro lado, segundo dados apresentados na PNAISC (Brasil, 2018a), a notificação de violência contra crianças brancas é 2% maior que a de crianças negras. Será que crianças brancas são mais violentadas por todas as causas ou as instituições notificadoras notificam mais a violência contra elas do que contra as crianças negras? É muito provável que o problema esteja na subnotificação da violência contra crianças negras.

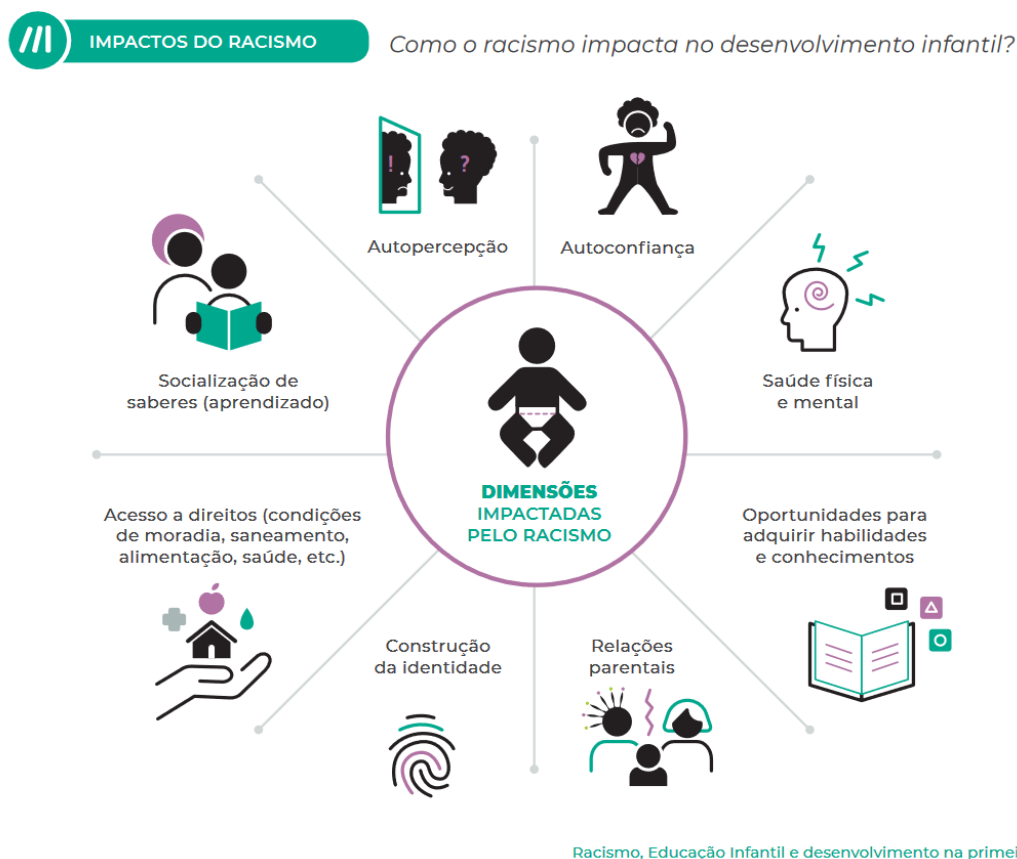
Como defende o Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância (2019), as situações apontadas acima podem ser reconhecidas como estresse tóxico.

Estresse tóxico é um termo cunhado pelo Centro de Desenvolvimento da Criança da Universidade Harvard, nos EUA, para classificar possíveis riscos de traumas para o desenvolvimento da criança. [...] A resposta tóxica ao estresse pode ocorrer quando uma criança vivencia uma dificuldade forte, frequente e prolongada, sem apoio adequado de um adulto. Essa resposta pode saturar o cérebro da criança e interromper o seu desenvolvimento, especialmente durante a primeira infância. (Comitê Científico..., 2019, p. 16).

O estresse tóxico é um conceito importante já estudado nos EUA e que, apesar da evidente exposição das crianças a ele como visto anteriormente, não aparece com tanto detalhamento de seus efeitos para o desenvolvimento infantil no Brasil. À lista de eventos disparadores de respostas tóxicas apresentada pelo Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância (2019), seria possível, no Brasil, adicionar as situações de racismo interpessoal e institucional. Segundo Oliveira e Abramowicz (2010), por exemplo, a demonstração de afeto de educadores com crianças, a qual chamaram de paparicação, pode não ser feita de forma homogênea entre crianças brancas e negras na educação infantil, e as crianças sentem essa desigualdade.

Na imagem abaixo (figura 2), observam-se a diversidade e a amplitude dos impactos do racismo na saúde das crianças negras.

Figura 2 – Como o racismo impacta no desenvolvimento infantil?



Fonte: Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância (2021, p. 10).

Como se observar na figura 2, o racismo está embricado no panorama desfavorável à vida das crianças negras. Apesar de a saúde ser um direito no Brasil e de o SUS ter como princípio a universalidade, a integralidade e a equidade, o que se observam nos dados sobre adoecimento e mortalidade no cenário da saúde da criança negra são a violação do direito e o desrespeito dos princípios citados provocados pelo racismo estrutural materializado nas instituições de saúde. Como citado acima, o perfil social e de saúde médio da criança negra no Brasil é o de ocupar os piores indicadores socioeconômicos e de saúde quando comparados às crianças brancas. Há uma lacuna pouco investigada na saúde das crianças que levanta muitos questionamentos.

Quando se trata de infância, quais são as associações possíveis entre o modelo de sociedade colonial e a DSPSD? O que está recomendado nas políticas públicas para o combate ao racismo na saúde das crianças negras? O que acontece nas instituições que perpetua iniquidades em saúde dessas crianças? Quais são as barreiras entre a criança negra e a mão que cuida? Quais são os possíveis caminhos para encontros de cuidado antirracista?

Para pensar em lacunas e barreiras do cuidado em saúde para crianças negras na APS brasileira, é preciso inicialmente demarcar os conceitos de saúde, de cuidado e de APS que serão usados. Em seguida, debater sobre crianças e infâncias negras como construções sociais. Por fim, relacionar as três ideias com o racismo presente no cuidado das crianças negras na APS. De antemão, serão conceitos trabalhados em perspectiva decolonial.

4.2 SAÚDE, COLONIALISMO E A DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DA CRIANÇA NEGRA

O conceito de saúde foi definido na Conferência de Alma-Ata, em 1978, como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, que reflete um esforço coletivo mundial de garantia de direitos em um contexto mundial altamente desigual – e antigo, mas que finalmente recebeu devida atenção. Contudo, esse estado de perfeição é etéreo e inalcançável. Por outro lado, na saúde pública brasileira contemporânea e no SUS, a partir do debate sobre iniquidades em saúde e do modelo de Dahlgreen e Whitehead sobre os determinantes sociais de saúde (DSS) (Buss; Pellegrini, 2007), tem-se debruçado em pensar na saúde com outro olhar, porém ainda fragmentário perto do modelo da DSPSD (Breilh, 2013).

A DSPSD é a escolha teórica mais adequada de explicação das condições de saúde e de doença para dialogar com o cuidado em saúde da criança negra na APS, afinal, é na determinação social que se alicerçam tanto o SUS, no qual se insere a APS, quanto a PNSIPN. Dessa forma, essa primeira justificativa está pautada simplesmente na coerência com os referenciais das instituições e políticas que versam sobre o cuidado em saúde das crianças negras. No entanto, há outra justificativa mais importante, dado que o SUS e a PNSIPN poderiam ter sido desenvolvidos a partir de conceitos problemáticos para a saúde das crianças negras. A segunda justificativa se baseia no diálogo entre a origem do racismo brasileiro, o colonialismo e os aspectos-chave da DSPSD.

O colonialismo, na concepção do martinicano Aimé Césaire (1955), foi o processo da pilhagem de corpos, de riquezas materiais e culturais europeu sobre os povos colonizados de África, Américas e Ásia, que foi maquiado como processo civilizatório desses territórios pelos europeus. O colonialismo materializa a barbárie indefensável dos brancos, expõe a intencionalidade na perversidade do tráfico atlântico, no estupro sistemático das mulheres negras e indígenas, no trabalho escravo, inclusive o infantil. Teve muitas ferramentas, entre as quais, o epistemicídio, a eugenia etc. É o colonialismo que produz o montante de bens, produtos

e vidas que vão possibilitar o desenvolvimento do capitalismo europeu e sua perpetuação nos territórios dominados. Tem como marca a produção da concepção do negro como chaga social e justificativa para o trabalho escravo, para desumanização, para ausência de direitos, que se mantém até a atualidade com outra roupagem mais camuflada no mito da democracia racial.

Essa relação hierárquica entre brancos e negros tem sido trazida nesta dissertação como racismo, e de fato o é. Todavia, escolho a perspectiva do colonialismo na construção do racismo brasileiro para fazer a aproximação necessária com o conceito da DSPSD, porque o colonialismo deixa mais evidente a associação dos modos de produção e de reprodução socioeconômicas e os sofrimentos da população negra. Além disso, é justamente no aspecto dos modos de produção da sociedade capitalista que se ancora a dialética entre o corpo, biológico, e o social nos processos de viver, adoecer e morrer presentes na determinação social (Silva; Bicudo, 2022). Ou seja, o ponto de encontro entre o colonialismo e a determinação social está na indissociabilidade entre ser negro, corpo, e ser negro enquanto concepção sócio-histórica.

Dessa forma, a DSPSD permite melhor compreensão sobre como as crianças negras não devem ser vistas como indivíduos portadores de uma soma de fatores para adoecer como em uma equação, na qual seria possível subtrair, portanto, alguns deles e, assim, gerar menos sofrimento, resolvendo a problemática.

A infância negra, assim, não foi nem é um sentido de mundo e um valor na construção do Brasil, pois não era um valor para quem detinha o poder, os europeus, produtores do colonialismo no país. Quem detinha o poder usou das ferramentas estruturais para colocar um alvo nas costas das crianças negras: as leis, o acesso à saúde e à educação, o acesso ao cuidado socialmente construído.

Dessa forma, que crianças negras tenham vida e saúde é algo fora do plano colonial, mas que continua acontecendo. Portanto, é preciso falar, com o cuidado de não romantizar sofrimentos, sobre os modos de enganar a morte inventados diariamente pelas crianças negras. Gomes e Araújo (2023) já trazem esse debate sobre o protagonismo das crianças negras na sociedade no lidar com estruturas adultas do racismo e do machismo sem romantizações. Defendem que, enquanto sujeitos sociais, as crianças negras podem se educar para lidar com as diferenças.

No colonialismo, crianças são desvalorizadas, colocadas como negação do adulto: o não adulto. No máximo, um adulto por vir (da mesma forma que o velho é um adulto pretérito, que foi e não é mais). Como já discutido por Kilomba (2019), algo semelhante ocorre na construção da identidade racial do branco, ou na ocultação dela: o branco se constrói na negação da outridade, o negro. Em ordem de se definir como branco, sujeito de valor, destrói-se o negro

em todas as suas dimensões: física, psíquica, comportamental, sexual etc. Para ser branco, é preciso se valer da suposta animalidade, paganice, eroticidade, pouca inteligência, ausência de beleza do outro, o negro.

Dessa forma, observa-se que as crianças negras no colonialismo são atravessadas, no mínimo, por duas construções estruturais: ser não adulto e ser não branco, que são indissociáveis na DSPSD. Dada a escolha do modelo explicativo sobre o processo saúde-doença, é importante delimitar quais discussões sobre o conceito de cuidado norteiam o debate de saúde da criança negra.

4.3 CUIDADO E A SAÚDE DA CRIANÇA NEGRA

A perspectiva de se ter uma APS abrangente, voltada para o cuidado integral à saúde, está em disputa na atualidade, haja vista o retrocesso que tivemos na política e a defesa por uma APS seletiva (Brasil, 2017). No Brasil, a APS já passou por um modelo preventivista focado em ações para grupos específicos delimitados por ciclos de vida, além de doenças e agravos epidemiologicamente relevantes. Nesse modelo, havia programas especificando quais ações deviam ser ofertadas a cada grupo, a carteira de serviço era restrita e as unidades contavam com profissionais enfermeiros generalistas, médicos especialistas focais, como pediatras, ginecologistas e obstetras. Isso implicava lacunas graves no cuidado para pessoas que não eram contempladas nesses programas, mas também para aquelas que eram contempladas.

Um dos elementos importantes para o cuidado na APS é a integralidade do cuidado que deve se pautar na indissociabilidade entre ações preventivas e curativas, no acesso a todo tipo de serviço de acordo com as necessidades de cada pessoa e na compreensão do sujeito como pessoa sócio-histórica (Mattos, 2009). Assegurar a integralidade do cuidado ou o cuidado integral na APS aponta para a necessidade de incluir a temática da raça como um dos elementos estruturantes da saúde e do adoecimento das pessoas negras.

Observando a rotina de acompanhamento das crianças na Atenção Primária (Brasil, 2012; Duncan; Schmidt; Giugliani, 2006; Gusso *et al.*, 2022), não se percebe a orientação de abordagens que considerem a experiência de ser criança negra e seus desafios especificamente, tampouco que se aproxime de fazer da infância uma ideologia que oriente a prática na APS. Os referenciais teóricos e as políticas que abordam a saúde da criança até a formulação da PNAISC (Brasil, 2018a) parecem tentar dar conta apenas de objetivos de reduzir mortes e adoecimentos nessa faixa etária porque, de fato, independentemente do recorte racial, os indicadores sociais e de saúde são muito ruins. Talvez na esteira das iniciativas globais de melhoria do panorama

de adoecimentos físicos das crianças, o Brasil tenha se perdido do próprio processo sócio-histórico e suas especificidades, o que só reforça o poder do racismo em nossa sociedade.

A PNAISC apresenta alguns avanços no caminho do respeito à subjetividade e da autonomia das crianças para alcançar um cuidado realmente integral. Chega a referenciar, por exemplo, a Clínica Ampliada para falar de ambas as temáticas. Reconhece o papel da APS na promoção da saúde, no cuidado e na proteção das crianças, dando destaque às melhorias obtidas pela Estratégia Saúde da Família. A política avança inclusive do ponto de vista do reconhecimento das particularidades das raças e etnias brasileiras. Traz, por exemplo, um eixo estratégico para crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade (Brasil, 2018a). Ness sentido, defende fortemente a ideia da cultura de paz no caminho de prevenção dos diversos tipos de violência e a humanização do cuidado. No entanto, não reconhece o racismo estrutural – embora se comprometa com as crianças quilombolas, indígenas, ribeirinhas, com deficiência etc., mas não fale de racismo estrutural e institucional. Na verdade, não há a palavra racismo na política, sendo substituída por discriminação racial.

Há outras questões problemáticas no texto da PNAISC, como a falta de recorte racial dentro das ditas situações especiais e de vulnerabilidade, especificamente as crianças em situação de rua, de desastres, de trabalho infantil e privadas de liberdade. Quem é a maioria dessas crianças senão as negras? O que é o desastre senão a violência armada urbana à qual está submetida majoritariamente a criança negra nas comunidades e periferias urbanas? Isso porque a mesma política reconhece que os piores indicadores socioeconômicos e de saúde são das crianças negras e indígenas.

É um aparente paradoxo, mas, como debatido anteriormente, trata-se de um descuido provocado pelo racismo institucional – o mesmo ocorre quando a PNAISC nos traz o dado supostamente positivo sobre a redução da mortalidade infantil de acordo com os objetivos do milênio. Positivo para quem? Não é possível saber se as crianças negras estão dentro dessa redução de forma equânime a partir desse documento.

Por último, destaco como é enxuto o texto sobre crianças negras em comparação com os demais grupos recortados. Ele não chega a ter duas páginas. A PNAISC é nove anos posterior à PNSIPN e, portanto, já poderia ter desenvolvido melhor o diagnóstico da situação de saúde e as recomendações para a saúde das crianças negras, mas tem dificuldade em realizar até mesmo o recorte racial nas condições de saúde que apresenta.

O Caderno de Atenção Básica (CAB) 33 (Brasil, 2012) é o referencial em saúde da criança para todas as categorias na APS e versa sobre o seu crescimento e desenvolvimento. Com um recurso simples de busca textual, observa-se que as palavras racismo e discriminação

não aparecem no documento. A palavra preconceito apresenta-se apenas duas vezes de forma genérica ou para falar de machismo. O que surge no texto é a palavra *bullying* para nomear as situações de discriminação das mais diversas formas entre crianças e a instituição escolar. O CAB reconhece que há efeitos sobre a saúde física e mental das crianças vitimizadas pelo *bullying* e descreve sintomas comuns entre elas.

A 5ª edição da caderneta de saúde da criança (Brasil, 2022), ferramenta pensada para apoiar a autonomia dos cuidadores familiares e orientar os profissionais no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças brasileiras, comete o mesmo deslize. Novamente, as palavras racismo, raça, discriminação e preconceito não aparecem. De novo, surge apenas a palavra *bullying* na seção sobre sinais de alarme no comportamento desencadeados por violência contra a criança. A caderneta descreve mais sinais de alarme de violências, em todas as suas apresentações (física, psicológica, financeira etc.), vistos no comportamento e nos corpos das crianças, em que o CAB 33 orienta como denunciar essas situações.

Alguns destes sinais e sintomas podem indicar que sua filha sofre violência: irritabilidade frequente, receio exagerado da proximidade de pessoas, tristeza constante, isolamento, manchas no corpo, feridas em diferentes estágios de cicatrização, comportamento de agressividade extrema, distúrbio do sono, atraso e dificuldades no desenvolvimento da fala, distúrbio de aprendizagem e até o insucesso na escola. (Brasil, 2022, p. 66).

A caderneta é muito interessante porque recomenda ações dos cuidadores diante das mais diversas situações e condições das crianças. Entre elas, está uma recomendação sobre como abordar a resiliência de crianças com deficiência, especificando seções sobre o transtorno do espectro autista, síndrome de Down e deficiências físicas. Faz pensar quais foram as forças sociais envolvidas na produção dessa caderneta. Afinal, a PNAISC é anterior a essa edição e aborda várias outras situações de vulnerabilidade, incluindo raça e etnia, mas elas não aparecem na caderneta, que deveria estar pautada nessa política.

Do ponto de vista do protagonismo das crianças e do apoio ao fortalecimento da autonomia, há algumas teorias e instrumentos importantes que podem ser utilizados com as crianças. A Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), a Clínica Ampliada e a gestão compartilhada (Campos, 2006). Contudo, é preciso reafirmar o lugar de brecha dessas abordagens, e não de modelos prontos. Isso porque nenhuma delas se aprofunda na discussão do uso da infância enquanto ideologia contra a estrutura da

adulthood, tampouco estavam premeditando atender à necessidade de abordar os significados da raça, gênero, sexualidade, corpos padronizados etc. de forma estrutural.

Em relação aos referenciais da MFC no Brasil, especialidade médica voltada para APS que tem como princípios a qualificação técnica profissional, a influência comunitária em suas práticas, ser um recurso de uma população definida e a centralidade da relação profissional-pessoa para o seu desempenho; é importante reconhecer o seu papel na promoção da saúde da criança referenciada nos determinantes sociais de cada população. Contudo, os referenciais ainda são tímidos em dar nome e orientar estratégias de enfrentamento da estrutura racista, ou seja, de fato considerar a DSPSD da criança negra.

Essa timidez é vista nos livros-texto que compilam as recomendações e os conhecimentos sobre abordagem médica no desenvolvimento e no crescimento da criança na APS, como o tratado de MFC e o de Medicina Ambulatorial (Gusso *et al.*, 2012; Duncan *et al.*, 2022). Curiosamente, o livro *Medicina Ambulatorial – abordagens baseadas em evidências na APS* (Duncan *et al.*, 2022) é o único que aborda o racismo enquanto estrutura e que mais utiliza o termo na explicação dos sofrimentos e adoecimentos da população brasileira, incluindo citação nos capítulos de saúde da criança, saúde da população LGBTQIAPN+ e de saúde mental. Chamo a atenção para esse fato porque ele não é um livro apenas para médicos de família e comunidade, mas foi capaz de abordar o racismo no trabalho de médicos melhor que o tratado de MFC.

A MFC se vale bastante da medicina centrada na pessoa (Stewart, 2017) ou de forma menos restrita à medicina, a ACP como orientadora de uma nova abordagem nos encontros de cuidado. Pauta-se nos sentidos de adoecimento e de mundo produzidos pela pessoa, na compreensão do indivíduo enquanto ser social integral, em planos de cuidado compartilhados e, por último, em uma relação profissional-pessoa que reconhece a hierarquia social presente no encontro clínico para formação do vínculo, mas que busca não se valer dela para dominar a condução do cuidado e, portanto, busca o compartilhamento das responsabilidades e das expectativas.

Outro referencial muito importante para a MFC e a APS, mas especialmente para a saúde coletiva, nos encontros de cuidado é a Clínica Ampliada e compartilhada, que é inclusive uma abordagem central para Política Nacional de Humanização (Brasil, 2009). A política, no que se refere ao encontro entre usuários e profissionais, sugere a democratização do poder, a valorização dos sentidos de adoecimento e saúde do usuário, o trabalho em equipe e a produção de projetos terapêuticos com a participação dos usuários. Além disso, valoriza as intersubjetividades envolvidas nos encontros, incluindo os sentimentos dos profissionais de

saúde enquanto cuidam. Tais características se assemelham ao MCCP, em certa medida, por isso a Clínica Ampliada é valorizada pela MFC na discussão dos processos de trabalho na APS.

Santiago (2015), observando a vivência de crianças negras em situações de racismo na escola, fala sobre como elas protagonizam suas próprias lutas quando diz:

As crianças pequeninhas, conforme a pesquisa realizada nos evidencia, não são passivas nesses processos, resistindo e revolucionando as diferentes imposições normativas para a construção de suas vidas, criando novos modelos de existência e modificando a todo o momento os diferentes meios que as inventam. (Santiago, 2015, p. 4).

Nesse sentido, em consonância com o que observa Santiago (2015) no ambiente escolar, as crianças negras pequeninhas, apesar de comunicarem das mais diversas formas seus sofrimentos ou simplesmente suas experiências de vida, parecem não estar sendo ouvidas na APS.

Dada a necessidade de reposicionamento da criança e da infância negras como protagonistas do cuidado, talvez a perspectiva trazida por Ayres (2004a) seja a brecha teórica no campo da saúde coletiva para as mudanças necessárias para o enfrentamento do racismo na saúde das crianças negras. O autor defende o cuidado enquanto uma atitude adequada por parte de profissionais e serviços diante dos sentidos de saúde compreendidos pelas pessoas que buscam o cuidado. Fica mais evidente essa ideia quando diz:

Quando o cientista e/ou profissional da saúde não pode prescindir da ausculta do que o outro (o paciente ou os grupos populacionais assistidos) deseja como modo de vida e como, para atingir esse fim, pode lançar mão do que está disponível (saberes técnicos inclusive, mas não só, pois há também os saberes populares, as convicções e valores pessoais, a religião etc.), então de fato já não há mais objetos apenas, mas sujeitos e seus objetos. Aí a ação assistencial reveste-se efetivamente do caráter de Cuidado. (Ayres, 2004a, p. 64).

Contudo, nem MCCP/ACP, nem os projetos de felicidade de Ayres (2004a), nem a clínica Ampliada, nem a humanização do cuidado, por mais que dialoguem entre si e externamente com a integralidade do cuidado, parecem responder à condição da criança e suas necessidades de saúde diante do racismo e da adultidade. Tampouco o fazem os referenciais teóricos da APS e a PNAISC, já que dão poucas pistas de que entendem adequadamente o racismo institucional na saúde das crianças (Borret *et al.*, 2020).

Boa parte das ferramentas que dialogam com as abordagens acima dependem de interações com graus de abstração pouco interessantes para as crianças em geral, porque nada dialogam com o fazer da infância. Exemplo disso é montar uma “árvore genealógica”, ou

genograma, que sequer é uma árvore, mas, sim, um emaranhado de símbolos, traços geométricos interligados para ajudar alguém a visualizar as relações de suas questões-problema com suas relações familiares. Nas políticas, nas referências e na formação profissional para a APS, não há formas lúdicas de avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor nem os processos socioafetivos das crianças, tampouco formas de racialização dessas abordagens.

Dessa maneira, cabe fazer alguns questionamentos. Como seria, de fato, acolher os desejos, as reivindicações, os planos de crianças? Como seria ofertar encontros e construir planos brincantes? Como seria uma unidade de saúde, de fato, amiga da infância ou, mais do que isso, pautada na infância? Melhor seria que, sempre que possível, não se fizesse esse encontro nas estruturas atuais (clínicas, postos etc.), cuja base de funcionamento está na adultidade? O que estamos propondo ao dominar o cuidado somente com durezas (orientar lavar nariz, tomar medicamentos, fazer dietas, prender cabelos para não pegar piolho, não andar descalço, entre outras coisas)? Que mensagem está se passando quando as figuras do cuidar estão sempre no outro (nos adultos e, em geral, nas mulheres adultas ou mais velhas) e com elementos do outro (da adultidade e branquitude)? A criança negra é expropriada de ser sujeito no seu cuidado e carece de referências raciais para ser um sujeito negro com valorização positiva dessa identidade.

4.4 A INFÂNCIA NEGRA COMO CAMINHO PARA O ANTIRRACISMO NA SAÚDE

Reproduzindo o raciocínio metafórico de Santos (2022), trago um resumo de um conto, itan⁶ chamado “Os Ibejis enganam a Morte” para debater a infância enquanto sentido de mundo (Nogueira; Alves, 2019) e recorto dentro dele a infância como potência para um cuidado antirracista.

O itan dos Ibejis conta a história de como dois irmãos gêmeos orixás-crianças do povo Iorubá decidiram enfrentar Icu, a morte, que ceifava vidas de seu povo precocemente. A estratégia dos irmãos foi usar sua música e a dança alegres para convencer a ceifadora a não mais tirar a vida das pessoas antes da hora. Além disso, como eram gêmeos, alternavam-se na tarefa de tocar e dançar para que a música não parasse e para que a morte não percebesse a troca. Icu, seduzida pelo talento e alegria dos irmãos, poupou-lhes a vida e entrou no ritmo do tambor, porém não conseguia parar de dançar. Dançou tanto e por tanto tempo que não aguentava mais. Suplicou-lhes que parassem para que ela descansasse. Em troca de findar o

⁶ Segundo, Edson Fabiano dos Santos “Narrativas, histórias e lendas originários do sistema oracular divinatório das sociedades iorubás, mais precisamente o Ifá.” (Santos, 2022, p. 12).

cansaço da morte, os Ibejis pediram que ela cessasse a matança. Sem ter escolha, ela aceitou a barganha. Os Ibejis foram aclamados e presenteados com guloseimas por seu povo e todos os demais Orixás que não haviam conseguido tal feito antes (Prandi, 2001).

Santos (2022) lembra-nos de que, além dos irmãos gêmeos, há nas representações dos Ibejis no sincretismo religioso brasileiro, Cosme e Damião, uma terceira imagem, Doum. Trata-se de uma criança mais nova, protetora das crianças até 7 anos de idade, vestida com os mesmos trajes dos gêmeos. Aqui as chamarei de crianças negras pequenininhas como no artigo de Santiago (2015).

O itan dos Ibejis nos faz refletir, como já disse Santos (2022), sobre como as crianças negras no estado do Rio de Janeiro estão de frente com a morte, e isso está documentado. No período de 2016 a 2021, houve 100 crianças baleadas no estado, um terço delas em operações policiais, das quais 6 a cada 10 na capital (Santos, 2022). São os nossos Migueis, Joãos, Ágathas e nenéns de Kathlens sendo ceifados precocemente por um Estado-Icu, pela necropolítica.

Por outro lado, há a perspectiva de resistência inteligente e criativa sobre os Ibejis nesse conto também levantada por Santos (2022). Na narrativa, Icu chegou a fazer escárnio do povo dizendo-lhe que só fazia o que queria e, portanto, só pararia de matar se uma única pessoa a obrigasse a fazer algo que não quisesse – e os Ibejis o fizeram, porque ela foi incapaz de perceber que havia duas crianças a enganando. Há na infância negra, enquanto sentido de mundo, uma potência criativa que combate a morte simbólica diariamente.

As crianças negras nas favelas dançam passinho, pintam os cabelos, fazem cortes de cabelo simbólicos de seus territórios, fazem *rap*, *funk*, *trap*, soltam pipa, imaginam suas famílias futuras brincando de bonecas, enfim, elas criam valores sociais e sonham. É essa potência que pode ser valorizada e analisada como caminho de cuidado decolonial para e com crianças negras na APS. Por outro lado, as crianças negras correm de tiroteios, ficam presas nas escolas pelas incursões policiais no território, lidam com a necessidade de cuidar umas das outras pela ausência de seus cuidadores que estão a ninar gente branca. Essas são algumas das condições que precisam ser enxergadas para apoiar um cuidado antirracista.

Segundo Santos e Lins (2022), no período colonial, as crianças a partir de 7 anos já tinham responsabilidades penais. Observando os debates sobre a maioridade penal na atualidade, os dados sobre escolaridade e encarceramento por faixa etária e raça/cor, em que há sempre uma maioria desproporcional negra com os piores indicadores, nota-se que esse modo de funcionamento colonial se mantém até hoje nas estruturas, nas instituições e nas ações por elas executadas desde o âmbito federal até o municipal. Nessas estruturas e instituições, inclui-se o setor saúde e seus serviços, como os da APS.

Para melhor se aproximar da lacuna de abordagem racializada com as crianças negras, cabe trazer o debate dos filósofos Noguera e Alves (2019) em seu artigo intitulado “Infâncias diante do racismo: teses para um bom combate”. Os autores afirmam que, para combater o racismo e seus efeitos, primeiro é preciso olhar para a infância a partir do afroperspectivismo:

De maneira geral, a afroperspectividade é um exercício filosófico em diálogo com outras áreas das ciências humanas, especialmente a sociologia da infância, baseado em sentidos de mundo africanos, afro-brasileiros e indígenas de caráter biocêntrico que tem na infância um conceito-chave. (Noguera; Alves, 2019, p. 6).

Segundo os autores, uma forma comum de enxergar a infância seria vê-la enquanto uma fase do ciclo de vida e ter na palavra criança um sinônimo. Essa seria a perspectiva adulta construída a partir da ciência ocidental europeia sobre o que é a infância, na qual a criança existe enquanto negação do adulto, e a infância, como negação da adultidade. O adulto é visto como o estágio evoluído, o auge do ser humano produtivo, enquanto a criança é um ser primitivo, em formação e, portanto, coadjuvante nos processos de transformação da realidade e das relações humanas. Isso faz bastante sentido em uma sociedade neoliberal como a brasileira, na qual o que a move é a capacidade de produzir mais-valia e, com isso, o lucro.

Estabelecendo uma conexão com o racismo, inclusive do ponto de vista histórico, Noguera e Alves (2019) resgatam como a África, para a ciência ocidental (eugenistas e racismo científico), era tida como a infância da humanidade. Um local onde nasceram humanos primitivos, os negros. Esses seriam incapazes de produzir história tal qual o ser humano evoluído, o adulto, o branco.

Do ponto de vista da saúde, não parece ser descontextualizado, por exemplo, o nome que se dá à rotina de cuidados prestados às crianças até hoje na APS, a puericultura. O termo tem seu primeiro registro no século XVIII na Suíça. Etimologicamente, puericultura vem do latim *pueris*, criança; e *colere*, criação, cultivo. Seguindo a linha de pensamento de Noguera e Alves (2019), entende-se que se cultiva um “não-ser” para ser alguém, de fato, no futuro. Exemplo disso é o trecho de um artigo do jornal da Sociedade Brasileira de Pediatria que define a puericultura:

Essa definição está baseada na pressuposição de que a atenção à criança pensada dessa forma, isto é, em todos os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, pode prevenir doenças, auxiliar na expressão genética plena, livre de interferências do meio, e resultar em um adulto mais saudável, com melhor qualidade de vida e, certamente, mais feliz (Bonilha; Rivorêdo, 2005, p. 7).

Em contraposição à perspectiva da Sociedade Brasileira de Pediatria, Nogueira e Alves (2019) propõem que a infância seja vista, a partir do afroperspectivismo, como uma existência transformadora complexa, um modo de viver e de se relacionar socialmente a partir do brincar, da inventividade e do afeto. As crianças já são sujeitos e, como tal, merecem centralidade em seu cuidado no presente, não apenas como forma de prevenir ou promover questões para um adulto produtivo.

Evidenciada a lacuna de abordagem infantil antirracista na APS que se adeque aos gritos das crianças negras para os efeitos do racismo, tem sido necessário buscar jeitos tão afetuosos, inventivos e brincantes quanto o delas de transformar o cuidado. Nogueira e Alves (2019) descrevem dez teses infantis para combater o racismo. Estas envolvem experiências concretas do brincar com o tato, o paladar, a voz, a inventividade, o respeito e a admiração às culturas que desconhecemos e o frescor de revisitar a própria cultura como algo inédito.

As ações necessárias para combater o racismo a partir da perspectiva infantil pressupõem experimentação ativa e que podem ser coletivizadas (Nogueira; Alves, 2019). Portanto, apesar de existirem atividades de promoção coletivas na APS com crianças, elas estão orientadas a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2010) e pela PNAISC para serem ações de prevenção centradas em alimentação saudável, acompanhamento do crescimento, entre outras, que são importantes para redução de doenças e agravos à saúde da população negra, mas que não dão conta da abordagem racial infantil necessária para a produção do cuidado integral.

5 ASPECTOS METODOLÓGICOS

É desse meu lugar, é desse de 'dentro para fora', que minhas histórias brotam. (Evaristo, 2015, p. 63).

Foi um caminho longo e choroso até que compreendi a necessidade de uma metodologia capaz de registrar meus sentimentos, vivências e os sentidos de mundo negro (Oyewumi, 2017 *apud* Nogueira; Alves, 2019) inscritos em mim para falar sobre o que há de racismo institucional, mas, também, percepções de cuidado antirracistas no encontro com crianças negras e sobre como minha história de mulher e médica negra pode se relacionar com formas alternativas de cuidado. Após muita digestão, quase ruminante, decidi ouvir uma amiga, uma irmã preta pesquisadora, e abraçar a escrevivência como método.

Na produção de Conceição Evaristo, encontrei colo e caminho. Uni minhas lágrimas às das mulheres negras de seus contos e as descobri também insubmissas. Entendi que a minha história não é só minha, é a história do meu povo. Entendi que há outras mulheres negras sentindo a dor do passado que não nos deixa. Cotidianamente, as memórias da plantação (Kilomba, 2019), que não vivi, aparecem até com sabor e cheiro de sangue toda vez que se anuncia na TV: “Morre... Miguel; Agatha; João Pedro por bala perdida, por negligência...”, por racismo. Há registros corporais em mim das histórias de sofrimento de crianças negras que atravessam meu caminho direta e indiretamente.

Após entender este presente de Evaristo para o mundo, a escrevivência como a escrita de nós mulheres negras (Duarte; Nunes, 2020), questioneimei-me se não é esse sentido coletivo inscrito na mulher negra – que foi menina negra – que me faz buscar acessar as dores, as alegrias, as outras brincadeiras não protocoladas que podem, por exemplo, ser marcos do desenvolvimento das crianças negras que atendo etc. Não digo que seja a única fonte que me instigue ao comprometimento com a criança negra, mas esta, a escrevivência, entre todas que aprendi, como MFC inclusive, parece-me a mais potente. Enquanto estilo literário, A escrevivência me inspira e mobiliza meu desejo por escrever minhas compreensões sobre os laços, os afetos, os poderes envolvidos no encontro de cuidado com crianças negras como profissional negra. Além disso, faz-me querer entender o que pode haver de diferente nesse encontro porque está sendo visto a partir da cosmovisão negra (Oyewumi, 2017 *apud* Nogueira; Alves, 2019).

Pois bem, como é isso de escrever como método e como se diferencia de outras metodologias memoriais como a autoetnografia?

A escrevivência é capaz de registrar, a partir de vivências de mulheres negras, aquilo que, nos encontros negros, nas histórias negras, foi e está sendo descaracterizado pelo processo do racismo. É um movimento de resistência, de construção e reconstrução da memória negra de forma política e antirracista como mostra o trecho a seguir:

Escrevivência passa então a se constituir como um termo-conceito que legitima a construção de estratégias semelhantes às percebidas por Deleuze e Guattari (1977) como próprias de uma literatura que precisa furar o cerco de intolerância que a reprime. Os teóricos referem-se a uma literatura que, como a produzida por Kafka em língua alemã, nasce em terreno minado por violência e segregação e, na qual “o caso individual é imediatamente ligado à política” e, por isso, “tudo nela adquire um valor coletivo” (Deleuze; Guattari, 1977, p. 26-27 *apud* Duarte; Nunes, 2020, p. 64).

Nesse sentido, vale observar que nem sempre a escrevivência é uma narrativa de uma história pessoal de sua autoria. No entanto, ela estabelece uma interconexão entre a negra que escreve e a história narrada. Na escrevivência, são evidentes os atravessamentos das histórias do particular com a coletividade e vice-versa. É muito mais pelo olhar da semelhança que o da estranheza que partem as observações dos eventos narrados. Essa semelhança se dá pelo sofrimento de ser negro em um país de estrutura racista e, ao mesmo tempo, pelo potencial de ser negro contra essa estrutura.

A análise das escrevivências pode ser tratada com um método, pois escrevivendo meus encontros com crianças é que percebo as lacunas provocadas pelo sistema racista no cuidado. Nesse sentido, ao analisar essa produção escrita, associo o que há descrito para o cuidado das crianças negras na APS ao sofrimento que me provoca o encontro com a realidade: ela não dá conta. Por outro lado, também é possível o encantamento com a inventividade curativa que a minha vivência como mulher negra em contato com as das crianças negras pode proporcionar.

Dessa forma, a aposta na escrevivência como método para alcançar o objetivo desta dissertação se baseia na possibilidade de extrair com maior profundidade ações, sentimentos e sentidos de cuidado antirracista nos encontros com crianças negras, dado que ainda é uma lacuna na produção acadêmica nacional (López, 2012).

Em diálogo com Duarte e Nunes (2020), entendo que há pelo menos duas grandes marcas da escrevivência que estão ausentes nos demais estilos memoriais. A primeira é de onde parte a escrita, a autoria. A escrevivência é uma escrita produzida pela mulher negra. A segunda, que é indissociável da primeira, é a intenção política da escrita. Duarte e Nunes dizem sobre a escrevivência de Conceição Evaristo: “quis estabelecer uma intrínseca relação entre o ato de escrever literatura e a intenção de assumir o que foi vivenciado por negros e negras ao longo da história do Brasil” (Duarte; Nunes, 2020, p. 61).

Sobre a opção pelas histórias presentes nas escrevivências, que serão reveladas adiante nesta dissertação, são baseadas nas minhas memórias de encontros de cuidado na APS do Rio de Janeiro com crianças e infâncias negras que vivem em favelas. Todos ocorreram nos últimos cinco anos, que é o tempo em que estou inserida nesse cenário. Escolhi essas histórias porque são encontros em que minhas vivências de menina negra foram acionadas em minha memória pelas questões raciais que surgiram no encontro de cuidado com crianças – e infâncias – negras e porque estão cheias de expressões de racismo institucional ou de antirracismo.

Assim, são narrativas passíveis do uso da escrevivência como método, ou seja, a forma com a qual escolhi me aprofundar: 1) na dialética entre sentidos do cuidado antirracista na dimensão particular e coletiva; 2) no movimento de estranhamento do racismo em todas as suas dimensões, de imersão em minhas experiências e emersão para me abrir ao encontro com as crianças negras e para possibilidades de cuidado antirracista. Além disso, são encontros marcados por expressões cotidianas do racismo institucional, por técnicas de qualificação do encontro de cuidado, como a comunicação clínica e o M CCP, ou ACP, e pelos atributos da APS.

As histórias estão contadas do meu lugar de mulher negra com objetivos reflexivos sobre os fatos, os sentimentos, tanto os meus quanto os das pessoas envolvidas, os sentidos e as ferramentas de cuidado que dialogam com a literatura, e as lacunas de cuidado existentes na estrutura racista, que é o cenário dos encontros.

6 ESCRIVENDO ENCONTROS COM CRIANÇAS E INFÂNCIAS NEGRAS

6.1 RAYANNE, 6 ANOS (O ACALANTO DE NOS RECONHECERMOS UMA NA OUTRA)

“Rayanne é uma menina negra de 5 anos que conheci há um ano e desde então acompanho sua família. Sua mãe parece ter gosto em me contar sempre que alguma conversa sobre nossas consultas gera alguma reflexão brincante em casa.

Quando nos encontramos pela primeira vez, ela, que é muito esperta e expressiva, interrompia a conversa que eu estava tendo com sua mãe vez ou outra para **apontar nossas semelhanças**, como nossos cabelos e nossa pele. Nesse dia, ela estava com uma dermatite ‘braba’, de modo que suas mãos soltavam lascas de pele, ardiam, coçavam e surgiam pequenas bolhas entre os dedos. Ela não estava podendo ir à escola porque não deixam crianças com feridas não diagnosticadas frequentarem as aulas. A mãe me contou que ela tem crises de dermatite frequentemente. Fica com a pele áspera, aparecem placas nas dobras dos braços e sente muita coceira no nariz.

Como sempre procuro fazer, **comecei a perguntar a ela o que achava que estava acontecendo. Suas construções se mostravam muito criativas e pertinentes.** ‘Eu acho que é aquele perfume do cachorro. Também tem minhas unhas que ficam lindas de esmalte, né mãe? Eu gosto muito de brincar de sabão também...’. Dali emendava em alguma aprontação que costumava fazer enquanto pintava as unhas, ou quando cuidava do lindo cabelo crespo. ‘Minha mãe vai fazer uma trança igual a sua em mim, sabia?’. Rindo, a mãe me contou que sabe fazer tranças nagô e que, desde a sala de espera, Rayanne já estava comentando sobre meus *dreadlocks*. Queria fazer algo semelhante nos próprios cabelos. **Entrei então no assunto para aproveitar a deixa e abordar sua autoestima.** Ela quis tocar meu cabelo e se surpreendeu que todo aquele comprimento fosse natural. **Empolgou-se em cuidar dos cabelos dela.**

Desde então, Rayanne vem com os cabelos sempre soltos e cada vez mais armados. **Percebo como ela anda orgulhosa** do volume que eles têm pelos corredores da unidade enquanto espera suas consultas ou ser chamada para vacinar. Ela sempre me abraça com um sorriso enorme no rosto quando nos encontramos. Na última vez em que nos esbarramos pela clínica, eu estava estressada e andando rápido. Foi então que ouvi sua voz de longe me gritando ‘Larissa!’. **Ela veio me dar um abraço. Não tinha demandas ou cobranças.** Eu respirei fundo naquele abraço e tive vontade de chorar de alívio. Acho que era o que eu estava precisando naquele momento.”.

Encontrar com Rayanne traz muitas reflexões importantes sobre perspectivas de cuidado antirracista na APS. Apontarei nessa escrivência uma dimensão política, a representatividade; uma dimensão técnica, a habilidade clínica de reconhecer condições frequentes na saúde da criança negra; e uma dimensão afetiva do cuidado, permissão para trocas e construção do vínculo.

Sobre a dimensão política, há elementos nas reações de Rayanne ao nosso encontro de que existe um reconhecimento da figura da mulher negra e da posição de poder na nossa sociedade, ser médica. É interessante como ela parece buscar elementos que a aproximem de mim – certamente porque houve alguma afinidade, mas não é somente por isso. Leva-me a interrogar se, de alguma maneira, ao ver uma mulher negra ocupando o lugar de médica, esse poder se torna algo possível para ela também. É como se ela mesma plantasse uma semente de possibilidades de ser ao me ver. Em uma sociedade racista, as construções de ser negra para uma criança negra do senso comum são de auto-ódio, de exclusão, de impossibilidade, de menos-valia etc. Rayanne – e, por que não, sua mãe – poderia estar se sentindo incrédula, desconfiada ou até mesmo despeitada por um corpo negro estar ocupando o lugar de médica.

É interessante o encontro afetivo e feliz com essa criança negra porque ela enfrenta a estrutura racista com alegria e autoamor na contramão do que Cavalleiro (2010, p. 9) nos lembra ser comum: “A relação diária com crianças de quatro a seis anos permitiu-me identificar que, nesta faixa de idade, crianças negras já apresentam uma identidade negativa em relação ao grupo étnico ao qual pertencem”.

Que ela seja capaz, portanto, de criar bons sentimentos sobre si mesma pela presença de uma mulher negra na medicina; é um bonito e difícil ato de rebeldia. Na criação dada por sua mãe, e quem sabe por outros cuidadores, há elementos que apoiam essa percepção positiva de si e de outros corpos negros. Essa observação sobre a importância da representatividade nos ambientes institucionais frequentados por crianças negras também já foi feita na escola por Soares, Feital e Melo (2023).

É nesse aspecto que faço mais uma observação sobre a dimensão política da qual venho falando, a representatividade. Escolhi falar sobre cabelos e autoestima com elas porque percebi essa postura, essa atitude antirracista naquela dupla. Parece-me que ter feito essa escolha foi um fator importante para desenvolver o vínculo e para perceber qual era a agenda de Rayanne na consulta. Ela precisava falar de si enquanto menina negra. O que precisei fazer para produzir conjuntamente esse cuidado foi ouvir e estar ali enquanto mulher e médica negra. Usar o lugar de médica enquanto mulher negra parece uma potência possível, mas não mágica, para cuidados antirracistas.

No que diz respeito à dimensão do afeto, os componentes da transferência e da contratransferência, por exemplo, aparecem quando há a troca de percepções positivas de nós mesmas nesse encontro. Em certa medida, eu também me senti representada por Rayanne e por sua mãe porque me fazem lembrar de como foi bom ser criança negra. Como era fácil fazer imagens positivas de mim nas situações em que fui acolhida e respeitada enquanto criança negra. Por outro lado, era também fácil fazer imagens negativas sobre mim porque não tive uma criação com elementos antirracistas marcados e intencionados pela minha família, como parece ser o caso de Rayanne. Dentro de casa, meus familiares tentavam me fazer desviar do racismo pelo apagamento racial, pelo embranquecimento. Então, ver uma mãe que abraça a identidade racial de sua filha e a demarca como um valor positivo para ela teve o efeito de acalantar minhas memórias tristes e, assim, de me fortalecer para abordar sem medo a raça como um fio condutor daquele encontro.

Outro aspecto nesse encontro que chama atenção no diálogo com minhas memórias de ser criança negra e como isso pode influenciar na prática são as ações afetuosas da menina. Lembro-me que havia uma dificuldade de me expressar afetivamente e de me permitir receber afeto quando questões raciais estavam em pauta. Rayanne se permite tocar em meus cabelos, permite-se abraçar. Ela acolhe não só a médica que estava se sentindo pressionada, estressada, mas também minha memória de criança negra. Observá-la assim tão aberta ao afeto, na verdade, gera em mim um estranhamento. No entanto, é um estranhamento que produz atenção. Como é comum nas crianças, o comportamento diz bastante sobre o estado de saúde delas e dos meios em que vivem. Talvez crianças negras que estejam mais fechadas nos temas raciais estejam desconfortáveis com eles. Provavelmente seja uma sinalização de que é preciso trabalhar isso ao longo do tempo.

Nesse sentido, Rayanne me faz lembrar de como a minha relação com meus cabelos foi dolorosamente construída para que eu não gostasse deles. Percebo que não tenho memórias nítidas de como eram meus cabelos antes de alisá-los, aos 12 anos, para a festa de 15 anos da minha irmã. O que lembro é que eles viviam presos, assim como minha autopercepção sobre minha cor, que ficou enclausurada por muitos anos até eu encontrar o NegreX. Talvez, por isso, salte-me aos olhos imediatamente que devo falar disso com ela como forma de cuidado. Possivelmente, por isso, fique mais evidente que cabelos de crianças negras importam muito em sua saúde.

Sinto-me alegre e aliviada por ver Rayanne feliz com seus cabelos crespos, que, de vez em quando, aparecem trançados. Fico atenta a sinais de sofrimento de seu couro cabeludo e trocamos ideias sobre como prevenir um tipo de perda de cabelo chamado alopecia de tração,

que pode ser provocado pelo tensionamento das tranças na raiz do cabelo. Ela é muito difícil de ser revertida e é bastante estigmatizante. Falo disso com muito carinho e sem desvalorizar seus penteados e tranças, afinal são uma marca importante da estética afro-brasileira, da estética da favela carioca, e compõem também a identidade negra brasileira.

Sempre que posso, divido com ela fotos de antes de eu ter feito meus *dreadlocks*, com meus cabelos também volumosos e crespos, além daquelas em que estou com meus colegas do NegreX. Ela parece brilhar de felicidade por ver tantos médicos negros juntos. Em troca, mostra os penteados que tem feito com a mãe. Eu também fico muito feliz ao ver seus registros.

Por último, é preciso dizer sobre aspectos técnicos observáveis nesse encontro. Primeiro, baseada nos conhecimentos sobre comunicação clínica e sobre o MCCP, direciono a conversa para a menina, e não para a mãe. Estimulo que traga suas compreensões sobre o que está acontecendo com ela, sobre seu adoecimento e sobre si mesma. Em resposta, ela apresenta, do seu modo, os sentidos para as causas de suas afecções da pele. Embarca em explicações belas e pertinentes sobre isso. Torna o diagnóstico muito simples de ser feito. Além disso, entrega-me como um presente uma agenda oculta, a necessidade de falar de si enquanto menina negra. No entanto, percebo que, assim como em muitas outras situações já previstas pelo MCCP, só é possível enxergar o presente porque eu estava atenta a ele.

Certamente que minha vivência como mulher negra me ajuda nessa percepção, mas poderia ser diferente. Caso eu estivesse embebida nos efeitos do racismo internalizado, poderia ter deixado esse sofrimento borrar minha atenção para a oportunidade de abordar a questão racial como potência no encontro. Poderia ter fugido dessa abordagem. Portanto, é preciso valorizar o letramento racial, os estudos sobre a saúde da população negra e da integralidade do cuidado de pessoas negras que me apoiaram tecnicamente nesse caso. Em diálogo com Borret (2022), em sua crítica aos projetos de felicidade de Ayres, percebo que não é possível usar apenas os conhecimentos como o da humanização. Direciono a mesma crítica ao MCCP/ACP para atingir um cuidado integral para as crianças negras. É preciso estar apta para dar centralidade à questão racial no uso de quaisquer ferramentas de qualificação do cuidado e da comunicação nos encontros de saúde (Borret *et al.*, 2020).

Admito, porém, que não é prudente pautar os cuidados de crianças negras apenas nas vivências de mulher e médica negra sob o risco de permitir que meus sofrimentos raciais negligenciem os cuidados nessa perspectiva e, assim, reproduzam racismo institucional. Não intenciono aqui uma falsa neutralidade ou distanciamento, mas, sim, um estado de criticidade sobre limites que o racismo pode impor sobre profissionais negras e negros, que estão sujeitos também a expressões de auto-ódio no cuidado.

O outro aspecto técnico aparece na abordagem dos cabelos de Rayanne. Não seria possível prevenir problemas e orientar os cuidados adequadamente se eu não estivesse atenta à prevalência e à apresentação clínica da alopecia cicatricial por tração nas crianças negras que fazem tranças ou outras práticas que tensionam as raízes dos cabelos. Além disso, é importante o cuidado tomado para não revitimizar Rayanne e sua família ao falar dos efeitos em longo prazo das tranças. Parece-me comum que profissionais produzam racismo institucional, mesmo com boas intenções, ao dizer às pessoas com alopecia de tração que não façam mais penteados e outras técnicas que tensionam o couro cabeludo em vez de dividir com elas percepções e planos de cuidados sobre esse risco de perda de cabelo. Ou seja, não é preciso inventar completamente o modo de abordar, a ACP já prevê essa abordagem sobre a construção dos sentidos de adoecer e de cuidar, mas é preciso capacitação para racializar esse uso da ACP.

No meu caso, essa habilidade e essa atitude vieram da minha experiência de mulher negra, que motivou meus estudos e atenção devido aos sofrimentos que passei com meus cabelos e que reconheço no meu povo, mas essa não é uma condição *sine qua non*. Elas podem ser ensinadas e aprendidas por pessoas brancas. Talvez seja a motivação que precise ainda de maior atenção. Uma pessoa branca, especialmente na medicina, que é uma categoria com poder social elevado no Brasil, para se motivar, pode ter vários caminhos, mas parece que se reconhecer dentro do pacto da branquitude (Bento, 2022) é um ponto-chave para começar o movimento de abrir mão de privilégios e de agir de forma antirracista, por exemplo, estudando para reconhecer o racismo, reconhecendo-o na prática e agindo contra ele.

6.2 MARTIN (FEVEREIRO DE 2023)

“Eu estava discutindo um caso com uma de minhas residentes quando, de repente, uma de nossas agentes comunitárias me chamou com um olhar desesperado. Disse-me que fosse ao acolhimento correndo porque havia uma criança desmaiada sendo trazida por alguém direto de um dos Espaços de Desenvolvimento Infantil da redondeza que não era do território da minha UAP. Uma braveza tomou conta de mim porque, caso fosse um pós-trauma, como uma queda, a remoção da criança poderia estar colocando sua vida em risco por lesão do sistema nervoso (medula espinhal especialmente).

Cheguei à entrada da unidade onde um menino negro de 4 anos de idade, crespinho, uniformizado, do alto do colo de uma mulher negra me olhou desconfiado. Ele agarrou a mulher, que depois descobri ser sua professora, e começou uma conversa chorosa e pouco coesa pedindo por sua mãe. Martin acordava e dormia como em ciclos. Vinha à superfície, perguntava

pela mãe e voltava a afundar desacordado. Chequei se havia algum sinal suspeito de meningite além do rebaixamento da consciência. Nada. Peguei Martin no colo e entrei pela unidade para levá-lo à sala de observação onde haveria melhor estrutura para atendê-lo.

Ninguém sabia dizer o que aconteceu, e a raiva deu lugar a um medo incontrollável. ‘Onde está a mãe dele?!’. Ainda me pergunto se essa busca pela mãe estava a serviço de Martin ou a meu.

Quem pedia socorro à figura materna por precisar lidar com o medo de não conseguir ajudar uma criança negra de 4 anos a escapar de algo potencialmente grave? Eu não conseguia me livrar da angústia que me tomou. Ela tinha um cheiro de medo. Uma coisa sinestésica que me transportou para meus dias na escola na idade do menino.

Nessa época, sentada no pátio da escola na hora da saída, eu tinha certeza todos os dias de que minha mãe não iria me buscar, porque eu sempre chorava para ir à escola. Era como se eu me sentisse importunando-a diariamente com a minha dificuldade de gostar do ambiente escolar ao mesmo tempo que queria ser acolhida por ela. Eu vomitava diariamente indo para escola ou enquanto estava lá. O acolhimento desejado não vinha nem pela escola nem por parte da minha mãe, ou pelo menos era assim que me sentia. Emergindo desse devaneio, fui notando que não importava o que eu fizesse para me certificar de que aquela alteração neurológica não se encaixava na história de uma criança que estava perfeitamente bem minutos antes. Para mim, estava acontecendo alguma coisa na vida do Martin para além dos sintomas. Como acontecia comigo, podia haver algo nas relações familiares do menino que pudesse me ajudar a entender. Eu queria a mãe dele ali – e ele também.

Em um dado momento, porque eu não saía do lado dele, a professora me deixou com Martin e foi atender uma ligação telefônica. Martin acabou acordando quando saiu do colo dela e, prontamente, lançou-se para que eu o pegasse, aninhando a cabeça no meu pescoço. Apertei-o no abraço um pouquinho. Aquele gesto me provocou um certo alívio, mas não totalmente. Por um lado, Martin poderia estar confiando em mim em algum lapso de consciência; mas, por outro, podia ser justamente a inconstância das faculdades cognitivas que o fazia se jogar para qualquer pessoa. Agarrei-me à primeira possibilidade: talvez Martin estivesse precisando de algum ponto de apoio que lhe inspirasse confiança. **Talvez esse fosse o pano de fundo desse adoecimento que a clínica dura, objetiva, não estava sendo capaz de desvendar.**

Quando a professora voltou, **perguntei se ela sabia de alguma situação das relações familiares ou escolares que pudesse ser pista para compreensão do caso.** Contou-me que, de fato, a família dele estava passando por momentos muito difíceis. Mudança de casa e dificuldades dos cuidadores de dar atenção a ele porque trabalhavam muito. Em seguida, a mãe

da criança chegou. Era uma mulher preta jovem. **Estava muito preocupada com a possibilidade de estarmos pensando que ele estava sendo maltratado.**

Ansiosa, perguntei a ela tudo o que pude sobre a história clínica recente e pretérita do menino. Descobri que Martin estava tomando antialérgicos em superdoses, que provocam os sintomas como os que ele estava tendo. A mãe estava fazendo isso para que ele pudesse dormir à noite e ela pudesse descansar. Ela precisava trabalhar cedo todos os dias e estava ficando exausta com as noites de vigília. **Ninguém havia dito qual era a frequência máxima que ela podia dar o medicamento à criança.**

Ao mesmo tempo, sua mãe trazia outros elementos de preocupação para além do medicamento. Ora afirmava que poderia ser um efeito tardio do remédio, ora achava que seu filho estava muito estranho e que preferiria ir para o hospital com ele. **Eu parecia espelhar a mesma ambivalência.** Ora eu decidia fazer uma abordagem racializada direcionada às relações da família com o menino e em como isso não parecia ser nada clinicamente grave; ora eu tremia de medo que fosse a tal condição grave.

Decidi com a mãe que iria chamar a ambulância para levá-lo a uma unidade de emergência pediátrica. Enquanto aguardávamos o transporte, Martin foi melhorando. A mãe ficou mais segura, e eu também. Ela decidiu levá-lo para casa e eu cancelei a solicitação da ambulância.

Hoje eu olho para trás e tenho certeza de que Martin estava sofrendo uma iatrogenia. Os cuidadores, que tinham baixo letramento em saúde, foram mal orientados sobre como cuidar de rinite alérgica em uma criança de 4 anos e estavam fazendo o que havia em seu alcance, que era a medicação em altas doses. **O que me impediu de confiar no meu raciocínio clínico naquele momento?** Eu não queria de jeito nenhum deixar essa criança negra ir para casa mesmo com pouquíssima evidência de que estávamos diante de um risco aumentado de um desfecho grave.”.

Essa escrevivência me desperta para a complexidade do encontro de cuidado quando eu, enquanto mulher e médica negra, sinto-me insegura por se tratar de uma situação potencialmente grave com uma criança negra e sua família. Em grande medida, aparece um medo de errar e incorrer na reprodução de racismo institucional. Ao contrário do que houve com Rayanne, sinto-me desafiada por sentir que não posso errar. Nesse caminho, busco me agarrar à evidência clínica das condições de urgência e emergência pediátricas, à ACP, mas nada disso dá conta do medo de ser a médica negra que não entendeu o que estava acontecendo com a criança negra. Exemplo disso é que cheguei a solicitar a ambulância mesmo que, de certa

forma, eu soubesse que faltavam elementos objetivos para suspeitar de condições graves; ainda que eu já tivesse uma causa plausível para o estado de saúde do menino. Ao final, é perceptível que o tempo ajudou a acalmar o medo, pois permitiu observar a evolução do quadro clínico da criança.

Aprofundando no que pode estar por trás do medo, percebo que a história de Martin grita dentro de mim. Chega a me confundir, porque resgata em mim o sentimento de abandono que eu tive na mesma idade que ele. No meu caso, minha mãe estava tentando, do seu próprio jeito, estabelecer limites do meu apego a ela, que era dona de casa e podia ficar comigo o dia todo. No entanto, isso já não fazia sentido para ela, então me colocou na escola quando eu tinha entre 3 e 4 anos de idade para que eu tivesse outro convívio além da minha casa. Aparentemente, eu não concordava com isso, pois chorava todos os dias antes e durante as atividades escolares até os 7 anos. Ela não ia me buscar mesmo que eu pedisse todo dia, porque tinha um propósito dela e da escola nessa atitude: eu precisava crescer para ser independente.

As nossas histórias se misturam em mim no ponto em que o desejo da presença da mãe encontra a necessidade de afastamento imposta pela sociedade. No caso dele, era uma necessidade financeira. Já no meu, uma necessidade de individuação, de me fazer perceber que não podia ser mais parte do corpo nem de todas as experiências diárias da minha mãe.

Quando o abandono da minha infância enxerga o abandono da infância de Martin, isso me move pelo afeto em um sobrecuidado. Certamente que o chavão “pecar pelo excesso” não pode ditar minha prática como profissional de saúde, mas a consciência ativada por esse encontro me faz notar o erro sem demonizá-lo. Eu acolho esse erro, que não prejudicou o paciente em nada, chamado *near miss* pelo campo da segurança do paciente, como forma de produção de vínculo com Martin e sua família e como exercício de humildade para próximos encontros em que eu me sentir atravessada dessa forma. Digo que foi um erro porque eu poderia ter exposto a criança a uma internação desnecessária possivelmente com exames invasivos. Internações, geralmente, não são boas experiências para crianças pela necessidade de restrições impostas pelo ambiente hospitalar.

Pedir ajuda, dividir o caso com outra profissional de saúde – não como forma de diminuir minha capacidade de resolver, mas como colaboração entre saberes e sentidos de cuidado possíveis em um momento de decisões difíceis – é uma das coisas que penso como solução. Outra maneira que já percebo como interessante é justamente poder escrever essas histórias como mecanismo de autorreflexão, de compreensão dos meus atravessamentos com as histórias dessas crianças e, assim, qualificar os próximos encontros.

Dessa forma, percebo que o retorno ao passado me inclinou – no sentido mais literal da palavra clínica – para aquela criança. A relação hierárquica que afasta o adulto da criança e que pode afastar o profissional de saúde do quarto componente do M CCP, “intensificando a relação entre a pessoa e a médica” (Stewart, 2017, p. 129), estava abalada finalmente, ruindo. Eu acessei medos e desejos de proteção para mim mesma que nunca senti enquanto médica, ou enquanto adulta precisando cumprir uma tarefa laboral. Naquele momento, eu senti o cheiro do pátio da escola, onde eu mais me senti abandonada na infância. Visceralmente, eu reconstituí sensações de quando eu era criança.

Acessar o sofrimento da minha criança foi importante para dividir o poder, para reduzir assimetria intrínseca da relação médica-paciente. Foi essencial para me colocar no cuidado enquanto pessoa, e não só como performance médica. Percebo que, nesse episódio, apenas quando me conecto com a minha criança é que começo a permitir a dúvida e a abrir espaço para a *agenda oculta* de Martin (Stewart, 2017). No entanto, ainda assim, precisei performar uma figura de confiança para Martin, para sua professora e para sua mãe.

Essa habilidade de imersão e emersão perceptiva de mim mesma em situações difíceis, em que preciso de ajuda ao mesmo tempo que preciso apoiar alguém que busca o cuidado, foi possível também pelo treinamento em M CCP e comunicação clínica como residente de MFC. No entanto, remonta ainda às infâncias negras, incluindo a minha, que inventam contra a mola racista diariamente.

Em diálogo com a concepção de empatia do médico com seu paciente debatida por Stewart (2017), noto que o fato de eu ser mulher negra e de ter sido criança negra pode ser um recorte dessa empatia, ou até mesmo uma ideia outra, mais enraizada na estrutura da sociedade racista, que gera vínculo de forma inscrita na história e nos corpos participantes dessa relação. Com isso, quero dizer que, dentro das dimensões do encontro clínico, poder, sentimento, confiança, empatia e propósito (Stewart, 2004), o reconhecimento de que estou atendendo uma criança negra pôde me ajudar a qualificar o encontro de cuidado na adoção dos afetos como forma de construir confiança e reafirmar meu propósito nesse encontro.

6.3 MIGUEL (MAIO DE 2023)

“Miguel e sua família foram para um atendimento de demanda espontânea na unidade. São seis pessoas nesse grupo familiar, a mãe de 26 anos, o neném que está em sua barriga, o pai, a irmã mais velha, o irmão do meio e Miguel; todos negros, moradores de uma favela,

recebendo auxílio financeiro do governo. A mãe é o centro dos cuidados e acaba sendo a mantenedora dos valores familiares porque é quem está a maior parte do tempo com todos eles.

A mãe de Miguel, Carolina Maria, uma mulher negra, mãe de quatro filhos e sem rede de apoio familiar sólida, com baixa escolaridade, contou que ele estava se queixando de febre e dores de garganta havia cerca de quatro dias. **Como sempre busco fazer para centrar o cuidado na criança, direcionei a entrevista clínica ao pequeno.**

Miguel ficou alguns segundos tentando iniciar a fala com um som monossilábico. Algo como ‘hum... hum... hum...’ se repetiu algumas vezes até que ele conseguiu dizer do seu jeito dislállico que sentia dores no pescoço e na barriga. Na mesma hora, a mãe e seus outros dois irmãos começaram a rir. Um deles, que tinha 6 anos de idade, disse em tom jocoso: ‘Sabe nem falar!’. **Miguel, com seus olhos muito expressivos, buscou-nos como quem pede socorro. Na mesma hora, eu saí da cadeira onde estava e me abaixei ao lado dele apoiando minha mão em seu ombro e o incentivei a continuar sua narrativa sobre seu adoecimento.** A criança então prosseguiu. Fui perguntado sobre **o que ele achava que podia estar acontecendo e, em seguida, se podia examiná-lo.** Miguel conseguiu comunicar tudo o que perguntamos mesmo com suas dificuldades na fala. Quando terminei de dividir o diagnóstico e o plano de cuidado, **decidi abordar a família sobre o que acabara de acontecer.**

Primeiro falei com a mãe. Ponderei com ela se nós, mulheres negras, não sabemos o que é não nos sentirmos protegidas. **Perguntei se, quando era criança negra, havia passado por dificuldades nas relações com outras crianças em que se sentiu solitária para enfrentá-las. Ela me olhou por poucos segundos com uma expressão entristecida e me confirmou que sim.** Perguntei se ela achava que Miguel podia estar passando pela mesma situação, inclusive dentro de casa. Ela apenas fez silêncio.

Decidi informá-la, do jeito mais cuidadoso possível, que o problema na fala de Miguel podia estar sendo perpetuado e agravado por comportamentos de escárnio como o que aconteceu naquela consulta e que seria importante que o seu núcleo familiar funcionasse como um ambiente de proteção e construção de autoestima e de confiança para Miguel. **A irmã mais velha, 9 anos de idade, que estava mais para o canto da sala, assentiu com a cabeça como quem concorda, mas não disse nada.** Percebendo que aquele era um problema para toda a família e que não conseguiria prosseguir com esse assunto devido ao tempo apertado, afinal ainda havia muitas pessoas aguardando, **pactuei uma abordagem intermitente durante o pré-natal da mãe.** O combinado foi **convidar sempre a família para estar presente e, aos poucos, aplicar abordagens sistêmicas e ferramentas da abordagem familiar para**

propiciar percepções dos papéis de cada um na produção de relações, valores e afetos. Finalizamos a consulta com esse plano.”.

A situação com família de Miguel me despertou sentimento de angústia porque me remeteu à solidão do enfrentamento de opressões com as quais eu não conseguia lidar enquanto criança e por isso as considerava injustiças. Também me remeteu às dificuldades que possivelmente minha mãe teve para se posicionar diante delas, porque não teve uma rede de apoio com essa experiência de enfrentamento. Além disso, foi muito desafiador, pois me senti pressionando aquela mãe negra. Não era meu objetivo, mas sinto que isso aconteceu. Ao mesmo tempo, moveu a busca por ferramentas de abordagem familiar, do MCCP e as recomendações das políticas voltadas à saúde da criança e da população negra para que pudesse apoiá-los a lidar com esse desafio. Uma delas foi escolher falar diretamente com Miguel, assim como fiz com Rayanne.

Ela mesma, criança, deverá se pronunciar à medida que suas aquisições linguísticas e manifestações psicomotoras seguirem seu caminho de desenvolvimento pleno, para obter retorno adequado às suas questões. (Brasil, 2018a, p. 25).

É importante observar, em resgate ao que já foi trazido anteriormente sobre a primeira infância como momento singular para o estímulo das capacidade neuropsíquicas e emocionais da criança e sobre a particularidade das crianças negras no desenvolvimento da autoestima e da identidade racial positiva (Comitê Científico..., 2021), que, ao oportunizar produção da sua narrativa sobre o seu adoecimento, Miguel foi capaz de se comunicar e de expressar seus sentimentos também corporalmente, e eu fui capaz de perceber e valorizar esses movimentos como parte fundamental do encontro. Quando me aproximo da criança e demonstro o apoio diante da situação de opressão, o menino prontamente se empodera do espaço. Essa cena dialoga com Santiago (2005) sobre a capacidade das crianças negras pequenininhas de se colocarem mesmo nas situações mais difíceis.

Além disso, ressalto que os problemas relacionados com a fluência da fala frequentemente estarão associados no futuro a sofrimentos mentais relativos ao ambiente em que essa criança está inserida (St Clair *et al.*, 2019). Parece, a partir desse caso, que, ao identificar uma questão de déficit no desenvolvimento da fala ou da linguagem em uma criança negra, é importante se atentar para as dinâmicas das relações nos ambientes em que essa criança está inserida para abordá-las de forma equânime e integral.

6.4 OS IBEJIS (TAPEANDO A MORTE NA FAVELA)

“Era um sábado de manhã quando entrei pela rua principal da favela onde trabalho com minha caixa de som portátil tentando buscar crianças para uma oficina de corporeidade e dança organizada com um grupo de profissionais de educação física negros que eu sabia que já fazia esse trabalho antes. Havia olhares das pessoas para mim, uma profissional de saúde entrando de crachá e caixa de som tocando *funk* e abordando famílias de crianças que passavam num sábado pela comunidade.

Já havia conseguido convidar duas crianças quando encontrei os Ibejis. Eram dois irmãos pretos de 6 e 4 anos de idade. Estavam sentados debaixo da banca de doces da avó brincando. Ela, dona Mercedes Batista, andava sem tempo para dançar e brincar com os netos. A senhora acordava cedo todos os dias e os levava consigo para o trabalho. Eles ficavam ali pelo entorno brincando enquanto ela trabalhava na venda de doces quase todos os dias, inclusive no sábado. Com essa rotina corrida, Mercedes estava preocupada com a saúde dos meninos. Estava difícil colocar comida no prato desde a pandemia do novo coronavírus. Perguntou-me se era possível fazer exames lá na clínica porque eles não moravam ali. Eu respirei fundo e lhe disse que poderíamos tentar falar disso outro dia e que podia passar lá na clínica e me procurar.

Os Ibejis tinham olhos pretos brilhantes como eclipses solares e barrigas magrinhas. Pareciam curiosos pela minha presença. Expliquei brevemente que gostaria de convidá-los para brincar na clínica. Contei como seria a oficina, quem estava organizando e o que gostaríamos de proporcionar às crianças naquele evento. Convidei ambos para irem dançar e tocar tambor conosco ao que responderam com empolgação, mas receosos sobre a resposta da avó. O mais novo estava desconfiado. Hesitou um pouco, mas, como o mais velho estava à vontade e animado, levantou-se e deu a mão para o irmão. Diante dos olhares ansiosos e alegres, a senhora cedeu e permitiu que fossem para a oficina.

Ao chegar na unidade de saúde com as crianças, já estava tudo pronto. Havia duas bacias na porta da sala que se transformara no fundo do mar. Uma com areia e outra com água. Ouvia-se um tambor docemente percutido e um som de onda batendo na praia vindo através da cortina de fitilhos azuis pendentes do portal de entrada. Uma atrás das outras, as crianças eram convidadas a tirar seus calçados para experimentar a textura da areia e depois da água. Os Ibejis estavam sorridentes e curiosos. O menor ria com a sensação da areia nos pés. Pulou na bacia d'água se molhando um pouco. Eles entraram no fundo do mar onde as oficineiras já os aguardavam.

Sentadas na sala à meia luz, umas 10 crianças entre 7 e 4 anos de idade aguardavam ansiosas o que ia acontecer enquanto olhavam uma imagem do fundo do mar projetada na parede. Sentei-me para aguardar, também me sentia animada pelo que estava por vir. Começou uma música ao toque do atabaque do ogan com uma melodia gostosa e lenta. As oficineiras perguntaram às crianças quem já havia ido à praia. Algumas levantaram as mãos, mas não os Ibejis. Depois as moças lhes perguntaram quem era a rainha do mar. ‘A baleia! A sereia!’ – as crianças respondiam rindo. As oficineiras acolheram suas respostas e depois lhes contaram que havia uma rainha do mar chamada Iemanjá. Pediram que ajudassem a convidar a rainha para a sala. ‘Iemanjá! Iemanjá!’ – elas a chamavam. De repente, através da cortina de fitilhos, surgiu uma linda sereia negra cacheada de vestes azuis, tiara branca na cabeça, colar e pulseiras de conchinhas brancas. Dançava como quem estava nadando naquele ritmo afro-brasileiro. Iemanjá, rainha do mar, olhava profundamente para cada uma das crianças. Seus movimentos os envolviam de modo que iam girando com o bumbum no chão conforme ela dava a volta em torno deles. Havia uma magia pairando no fundo do mar.

Enquanto isso, eu observava os Ibejis. Por meia hora, parecia que não havia mais nada além daquele fundo do mar em seus olhos e mentes. Sem preocupações, eles correram e dançaram, sempre juntos. O menor buscava o mais velho e o imitava em vários dos movimentos dançantes. Pareciam felizes. Quando terminou a brincadeira, o irmão mais velho disse-me que adorou ter participado e que estava ansioso para contar à avó o que acontecera. O menor estava emburrado porque a brincadeira acabou e não quis me dizer o que achou da experiência. Voltamos papeando até que reencontramos a dona Mercedes. Ela abraçou os meninos e agradeceu o carinho com eles.”

A ideia de implementar atividades voltadas ao cuidado e à promoção de saúde com crianças negras começou ainda na residência médica em MFC, em 2019. Percebi, à época, que a rotina na APS estava endurecida e sem espaço para o brincar, para o sonhar como caminho no processo saúde-doença. Quando se trata de crianças negras de favela no Rio de Janeiro, brincar e sonhar não são direitos garantidos. O que está dada é a violência ativa do Estado em suas diversas formas, mas especialmente a violência armada. O que está dado é o racismo estrutural e institucional, é a necropolítica (Mbembe, 2018) e as necroinfâncias (Noguera, 2020). Diante deles, enquanto profissional de saúde, enquanto mulher negra que busca dar voz à sua criança e ouvir a das crianças que atendo, que busca curar sua criança desse racismo e apoiar a cura daquelas que atendo, percebo, nesse encontro com os Ibejis, muitas potências de cuidado e de promoção de saúde antirracistas.

Primeiro, destaco como potência a iniciativa de entregar o espaço para condução por pessoas de outra categoria profissional, no caso, profissionais de educação física e dança, com ideologia antirracista. Esse grupo apresenta a riqueza de elementos culturais afro-brasileiros às crianças de forma lúdica. Foram hábeis mesmo com a possibilidade de rejeição das figuras divinas e da musicalidade de religiões afro-brasileiras naquela comunidade majoritariamente cristã neopentecostal. São competentes no lidar com as crianças e abertos ao que há de brincante em si mesmos.

Observar o trabalho deles me traz uma tempestade de percepções sobre as crianças e possíveis formas de avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor e socioafetivo que não só aqueles da puericultura. Formas de cuidado e de promoção de saúde que não são castradoras, que levam em conta as ações e os desejos das crianças. Além disso, percebo que essas formas de cuidar e de promover saúde sendo disparadas por elementos culturais do povo negro brasileiro é respeitar a PNSIPN e dialogar com as teses infantis para o combate ao racismo enunciadas por Nogueira e Alves (2019).

É ainda muito importante notar como, além dos efeitos da atividade sobre as crianças, parecia haver um encantamento por parte dos profissionais e meu com a atividade. Eu também me senti no fundo do mar, também me senti cuidada por aquele espaço porque, de alguma forma, permitiu-me mergulhar na catarse, na sinestesia, que muitas vezes só a arte é capaz de proporcionar. Esse encontro é fortemente antirracista, em última análise, já que ele não só fortalece elementos da cultura afrodiaspórica de forma brincante como combate o mal da adultidade enquanto comportamento, mas também como ideologia, que – como denunciado por Nogueira e Alves (2019) – é uma das fontes em que bebe o racismo desde o colonialismo. A união do ritmo com a corporeidade, com a dança e com os elementos teatrais é toda referenciada na riqueza da cultura afro-brasileira, que aparentava acionar todos os sentidos dos participantes e observadores. Pareceu despertar em todos o que há de inventivo e de humor leve. Acordou o ser brincante de quem se abriu à experiência. Dessa forma, pode-se dizer que essa atividade tem muitos elementos afroperspectivistas que se parecem muito com a proposta das teses infantis contra o racismo de Nogueira e Alves (2019).

As crianças brincaram não só com os corpos, mas também com suas mentes imaginando como seria viver entre os seres marinhos. Foi possível notar a imersão dos pequenos e pequenas na experiência. Por isso, esse encontro me provoca um questionamento sobre o que estamos fazendo na APS quando não incluímos na rotina de avaliação das crianças um espaço tão rico. Quais são as barreiras para tornar o brincar e a arte um espaço não só de avaliação, mas também de cuidado na rotina das UBS?

Por último, essa escrevivência me fez observar a materialização dos dados sobre a crianças negras e pobreza no Brasil. A infância dos Ibejis, neste momento pelo menos, está cercada por estresses tóxicos (Comitê Técnico..., 2019), deslocando-se diariamente, até mesmo nos fins de semana, para acompanhar a avó trabalhando, sem a presença dos pais, sem tempo e espaço adequados para brincar. Sendo crianças moradoras da cidade do Rio de Janeiro, eles nunca foram à praia⁷. O fato de os Ibejis nunca terem ido à praia pode denunciar uma limitação de possibilidade de deslocamento, de bancar financeiramente um passeio ao ar livre na praia, que, para tantas outras crianças brancas e ricas da Zona Sul, é o quintal de casa.

6.5 VELHO PALMARES (MAIO DE 2023) – QUANDO AS INFÂNCIAS SOCORREM OUTRAS INFÂNCIAS

Velho Palmares é um senhor negro de 70 anos de idade, alto, muito ativo, saudável e cheio de histórias para contar. Como um Baobá, é dono de grande beleza, sabedoria e já viu muitas vidas chegarem e irem embora. Tem uma grande e bonita família negra. Conhece bem as violências do mundo contra o povo negro.

Em nosso primeiro encontro, há cinco meses, ele entrou na unidade dizendo que precisava de um curativo para seu pé. Alguém ficou preocupado e o encaminhou direto para a sala de curativos. No meio da manhã, a técnica que estava escalada para o setor me chamou. Solicitou uma avaliação. Eu olhei, examinei... “Velho Palmares, não dá para fazer curativo nessa ferida somente. Acho que o senhor precisa de um medicamento. Precisa aguardar o atendimento médico.”. Ele não aguardou.

Alguns dias depois, ele voltou. Pediu que cuidasse de seu pé que estava ficando inchado e com uma ferida que coçava muito e minava água. Estava preocupado porque todos os seus conhecidos diziam que a cor e o aspecto de seus pés estavam muito ruins, que pareciam sujos e doentes. Quando examinei seus pés, fiquei preocupada, pois, de fato, um deles continuava com uma extensa ferida e inchado. Além disso, não havia exames recentes que me ajudassem a excluir doenças que pudessem estar causando e perpetuando o problema. Decidi tratar erisipela, uma infecção da pele potencialmente grave, e acompanhá-lo com a enfermeira da equipe nos

⁷ Ir à praia na capital do estado do Rio de Janeiro é um passeio muito comum mesmo para pessoas de baixa renda. Sem romantizar a dificuldade de acesso das que moram mais longe ou em áreas cuja estrutura do transporte público transforma o passeio em um desafio caro e com obstáculos, não é algum incomum ver as praias da Barra e da Zona Sul cheias de pessoas mais pobres e negras.

curativos. Ele melhorou em duas semanas. Velho Palmares não voltou mais quando os sinais da infecção sumiram nem terminou de fazer os curativos.

Após cinco meses, o Velho Palmares voltou com a mesma queixa. Dessa vez, **percebendo a recorrência do problema, dediquei mais tempo e calma**. Perguntei a ele o que achava que estava acontecendo. “Ah, isso é porque, quando era criança, eu era danado. Eu chutava os moleques nas *peladas*, sabe? Coisa de garoto sem nada na cabeça. Essas coisas voltam, né?”. Dali enveredou em sua explicação sobre como **não podia dar chance para que os outros tirassem vantagem dele**. Foi então que entrou em uma digressão e se lembrou de que sua filha estava tentando cuidar do seu pé esfregando bastante porque dizia que estava preto e sujo. “Eu falei pra ela, dra. Minha filha, eu sou preto. É a cor da minha pele”. Contou que ela estava usando um sabão para esfregar a suposta sujeira que devia estar causando a ferida. “Ela está sendo racista, né, dra.?”. Eu reverberei a pergunta para ele refletir. Cá com os meus botões, pensei que essa ação da filha, que intencionava o cuidado, mas que se embasava em uma reprodução de racismo, podia estar perpetuando a lesão. Existiam alguns sinais clínicos de que havia uma irritação da pele do dorso do pé e ela não se justificava pela infecção.

Em um novo salto de raciocínio a partir da pergunta retórica, Velho Palmares me contou que o neto de 11 anos, também preto, está sendo chamado de Vini Júnior entre os colegas. “É por conta do jogador de futebol, dra. Aquele que está sendo chamado de macaco na Europa. Eu fico me perguntando se é por causa de mim e desse pé que tão falando isso do meu neto.”. Demonstrei que reconhecia o episódio de racismo ao qual se referia e o jogador. Vinicius Júnior é um homem preto carioca, como o Velho Palmares, que joga em um famoso time espanhol atualmente. Eu fiz uma cara de quem não entendeu bem a relação que ele estava fazendo para estimulá-lo a falar, mas já imaginava do que se tratava.

Velho Palmares estava preocupado com o que pensavam dele na favela por causa do aspecto do seu pé e de como isso podia estar contaminando – como doença que é o racismo mesmo – a imagem de sua família, como se todos fossem “sujos igual a ele”. Eu parei e olhei bem fundo em seus olhos. **A busca do autocuidado daquele senhor negro estava, de alguma forma, a serviço do resgate da autoestima e do valor do seu neto**. Isso se confirmou para mim quando me disse: “Eu falo com o meu neto que a gente precisa se fortalecer. Eu valorizo ele, sabe? Falo que não pode dar mole para essas coisas.”.

Naquele momento, eu não parava de refletir sobre como a infância de luta contra os moleques era também uma infância de luta contra a estrutura racial; sobre como aquele ato de acolhimento do neto era embasado por um conhecimento empírico da criança que teve essa infância se expressando nesse adulto. Uma velha infância negra indo em socorro de uma jovem

infância negra. Respirei fundo. **Sorri com doçura e quis abraçá-lo.** Detive-me. Disse-lhe olhando em seus olhos que **eu estava ali para apoiá-lo e ao seu neto nessa luta que faz parte de se sentir uma pessoa feliz e saudável. Ofereci um encontro com seu neto para falar sobre possíveis sofrimentos associados a essa situação de racismo.** Com um bonito e acanhado sorriso, ele agradeceu. Perguntou para finalizar: “É verdade que a pele negra é assim... mais forte, humm... e que por isso não precisa de tanto cuidado?”. Em um novo olhar de afeto, disse-lhe que não era verdade e que a nossa pele sofria da estrutura do racismo porque quando ressecada é chamada de suja, quando adoecida é chamada denojenta, desagradável. Por isso, devíamos cuidar com mais amor e atenção ainda. Foi esse o nosso plano.

Eu sabia bem do que ele estava falando. Quando criança, lembro das vezes em que uma das minhas tias-avós, que é branca, ficava comentando sobre o aspecto sujo da minha perna. A princípio eu não entendia, mas me sentia mal quando ela falava aquilo. Comecei a tomar banhos longos esfregando cada vez mais os joelhos, os cotovelos e as canelas para ver se aquilo saía, mas só piorava. Eu tinha a pele ressecada como a do Velho Palmares e de tantas crianças negras que atendo. Essa falácia racista de que o aspecto ressecado é causado por sujeira estava agravando a situação. O fato de ninguém ter se atentado para isso em nossas histórias faz parte do racismo institucional.

As afecções da pele negra e de seus fâneros (pelos e unhas, por exemplo), justamente porque estamos em uma sociedade racista, parecem ser centrais para apoiar o cuidado de crianças negras. Fico pensando a partir desse caso que ações de promoção de saúde na APS precisam abordar mais o que são essas invenções racistas sobre a pele negra. É comum ver recomendações de cuidado sobre má higiene nas diversas categorias das equipes como um tópico principal nas consultas com crianças. No entanto, é difícil encontrar recortes sobre condições que afetam os cabelos de crianças negras, que podem ser especialmente frequentes nesse grupo devido aos cenários violentos em que são maioria em relação à população branca.

Dou os exemplos da alopecia areata e do eflúvio telógeno, duas formas de perda de cabelo que estão frequentemente associadas a estresses emocionais. A alopecia areata se apresenta com a perda de cabelo, que é muito estigmatizante. Ela ocorre em uma área delimitada do couro cabeludo, como uma clareira, após grandes estresses agudos, especialmente após a perda de um ente querido. Com a violência urbana nas comunidades e nas favelas cariocas, muitas crianças perdem seus pais, irmãos e irmãs para balas perdidas, que – especialmente quando partem da polícia militar – cismam em achar corpos negros, incluindo crianças com uniformes escolares. Ao encontrar uma condição como as alopecias em crianças negras, parece

muito importante que profissionais de saúde entendam o contexto do surgimento dessa queixa e se proponham a planos de cuidado antirracistas.

Isso não é simples, pois muitas(os) das(os) médicas(os) na APS não se sentem aptas(os) ao tratamento dessas condições em crianças, porque podem chegar a necessitar de fármacos com potenciais efeitos sistêmicos, ou seja, em todo o corpo como é o caso dos corticoides de média e alta potência. Isso leva a encaminhamentos para dermatologistas, e não é possível garantir que a abordagem integral dessa condição será feita por um especialista focal que, em geral, não estuda população negra na sua formação. Narla *et al.* (2022) mostram que não são incomuns abordagens inadequadas ou percepção de cuidados piores pelos pacientes negros nas consultas com dermatologistas. Essa criança que vai buscando uma solução volta potencialmente com ainda mais sofrimento pela abordagem feita pelo dermatologista. Ou seja, como abordado por Borret *et al.* (2020), não basta que a UBS tenha profissionais de saúde qualificados no combate ao racismo, a rede de saúde precisa estar alinhada a esses conhecimentos e a essas atitudes para que esse objetivo seja alcançado. Buscando uma mudança de atitude dos profissionais, Narla *et al.* (2022) informam que a American Academy of Dermatology, observando essa lacuna entre os dermatologistas, iniciou um plano de três anos para expandir a diversidade na dermatologia nos EUA.

Esse é um exemplo interessante especialmente para o Brasil, cuja população é majoritariamente negra, mas os dermatologistas se formam predominantemente baseados em livros e atlas de imagens de peles brancas. Enquanto ações como essa não se iniciem e finalmente cheguem à população negra no país, ainda recairá sobre as UBS lidar ao longo do tempo com os efeitos deletérios do racismo institucional provocados também por colegas externos. Na verdade, como versam seus atributos como o da longitudinalidade e da coordenação e ordenação do cuidado, a APS sempre lidará com os pacientes com os erros da rede. A diferença é que ela poderia estar mais bem apoiada pelos demais níveis de complexidade.

6.6 ÁGATHA (JULHO DE 2023)

Eu estava fazendo a vigilância do cuidado da minha equipe na sala da administração quando uma agente comunitária negra entrou na sala pedindo socorro. Ela identificou uma criança, Ágatha, negra, de 3 anos de idade, passando muito mal com falta de ar. Contou rapidamente que ela chegou a ficar desacordada, havia se urinado e defecado. Uma outra médica branca que estava na sala se levantou e foi ajudar. Poucos minutos se passaram, e essa colega

voltou avisando que ia chamar uma ambulância. Pediu-me que fosse apoiar uma outra colega que estava estabilizando a criança na sala de observação e medicação.

Quando cheguei, encontrei uma família negra aflita dentro da sala enquanto os procedimentos para estabilizar Ágatha eram feitos. Ouvi a história do que estava acontecendo na versão dos pais e da médica. A mãe chorava muito e começou a ter uma crise de ansiedade. **Percebendo a situação**, levei-a para um canto onde havia uma poltrona confortável. Segurei sua mão e lhe disse que já estávamos à frente do cuidado, que ela podia respirar **e me contar como estava se sentindo**. Disse-me que estava com muito medo e exausta porque já havia passado uma semana inteira com a filha em um hospital particular. Não entendia como podia a criança estar tão mal horas depois da alta hospitalar. Revelou que Ágatha estava com tuberculose e que era o terceiro dia do uso da medicação. Como a mãe se mostrava cada vez mais ansiosa, entendi que era preciso cuidar dela um pouco. Perguntei se ela tinha alguma crença. Disse-me que era evangélica. Propus que ela fizesse uma oração enquanto eu a guiava em um exercício de respiração. Assim fizemos.

Quando ela se acalmou, a abracei. Expliquei a ela que, naquela situação e porque ela se sentia tão fragilizada, seria importante que pudesse se acolher nesse sentimento, que não havia problema nenhum nisso. Propus que deixasse um pouco o cuidado da filha nas nossas mãos e nas de quem estivesse se sentindo menos frágil para que ela pudesse ser cuidada. Ela entendeu. Perguntei quem ela achava que podia ser essa figura de suporte para Ágatha. Ela chamou sua mãe e seu esposo. Levei-a para fora da sala e pedi que a agente comunitária ficasse com ela e a levasse para tomar água. Fui checar como estava a criança.

Ágatha já estava mais estável após hidratação venosa e oxigênio. Havia alterações importantes no exame dos pulmões, mas haviam se esgotado as possibilidades de intervenções por procedimentos médicos ali. Enfoquei em entender como Ágatha estava se sentindo. Ela continuava apática, não respondia adequadamente aos comandos. Os demais sinais clínicos estavam normais. Aguardando a ambulância chegar, resolvi rever a história da internação dela. **Havia alguma coisa errada naquele quadro pós-alta**. A família trouxe o resumo de alta hospitalar. **A prescrição dos medicamentos contra tuberculose estava em dose errada, uma superdosagem para seu peso e idade**. Revisei os efeitos adversos mais comuns e graves daqueles fármacos. Entre eles, estava convulsão, que parecia mesmo com os sinais e sintomas apresentados por Ágatha. Fui conversar com a família para explicar a hipótese diagnóstica.

A família ficou irritada pelo erro do hospital. **Em um movimento de tentar preservar aquela família negra do racismo institucional**, orientei que, caso desejassem transferi-la à unidade que a internou previamente, sinalizassem o erro, mas que aguardassem para tomar

medidas administrativas. Eles me olharam como quem entendia do que estava falando e, como eu já ouvira em outras situações, falaram do **medo de Ágatha ser maltratada caso fizessem uma reclamação**. Movidos por esse medo e pela confiança que estabelecemos, perguntaram se eu realmente achava que ela devia ficar internada. Eu os olhei com carinho e afirmei que infelizmente precisávamos de exames e procedimentos de estabilização que não tínhamos disponibilidade na APS. A ambulância não demorou muito. Despedimo-nos. No mesmo dia, Ágatha recebeu alta. O relato da agente comunitária foi de que **ela sequer realizou exames ou ficou em observação. Justificaram verbalmente que ela tinha tido “apenas” uma queda na glicose e que podia ir para casa.**

Esse caso me gerou muita revolta porque tentei evitar que Ágatha fosse novamente prejudicada por condutas inadequadas de muitas formas. No encaminhamento à urgência, descrevi o erro prescricional e a gravidade do quadro clínico com necessidade de observação e de exames complementares que afastassem causas graves, como uma infecção generalizada, uma sepse, de foco pulmonar em uma criança com diagnóstico de tuberculose. Não pude deixar de cogitar que isso não aconteceria com uma criança branca e que a displicência com que a equipe da unidade de urgência deu alta para Ágatha foi um ato de racismo institucional. Como evidenciam Hall *et al.* (2015), o racismo tem ditado comportamentos e condutas inadequadas entre médicos e médicas, e a menina personagem dessa escrivência foi mais uma de suas vítimas.

Por outro lado, **o trabalho em equipe na APS foi cuidadoso e implicado com o risco aumentado que uma criança negra favelada tem de sofrer iniquidades em saúde.** Infelizmente, isso não foi suficiente para evitar os **efeitos da falta de alinhamento técnico entre os níveis de complexidade da rede de saúde no município. A família nem mesmo recebeu um documento com a conduta traçada, não houve contrarreferência para APS. Foi uma sequência de erros inadmissíveis, especialmente com uma criança negra favelada com tuberculose.**

O encontro com a família de Ágatha me remete diretamente às várias facetas do racismo institucional e do cuidado antirracista. A primeira é sobre a importância de ter uma equipe que entende o que é racismo institucional. Isso posso afirmar porque fazemos atividades de educação permanente tanto na unidade quanto na residência, e as pessoas que participaram desse atendimento já participaram delas. Mais do que ter uma equipe que entende o racismo institucional, é a importância de ver esse grupo agir para mitigar os efeitos do racismo institucional. Especificamente, o que observo é a disponibilização em pouco tempo de três médicas para manejar uma criança negra em estado grave. O entrosamento mostrava confiança

de que cada uma faria uma parte do cuidado para chegar a um objetivo comum: acolher e tratar adequadamente aquela família negra. Enquanto uma estabilizava a criança, outra cuidava da família, e a terceira chamava a ambulância. É importante trazer esse aspecto do trabalho em equipe como competência técnica antirracista.

Além disso, no âmbito individual, quando noto que havia algo errado e que eu precisava agir para compreender o que estava ocorrendo, foi porque eu estava implicada com a especificidade racial daquela criança, com o risco aumentado de complicações causadas potencialmente pelo racismo institucional. Isso também aparece depois quando decido informar à família sobre o erro prescritivo e falar sobre racismo o institucional ocorrido no hospital. É interessante ressaltar que essa família não era do território da minha equipe e que o erro identificado não seria manejado por mim naquele momento nem depois no acompanhamento do tratamento. Eu poderia ter apenas checado com a médica se estava precisando de ajuda para estabilização da criança e ter ido embora? Quando se é capaz de identificar contundência do racismo institucional na saúde das crianças, a resposta adequada é não.

No que diz respeito ao racismo institucional no hospital particular e depois na unidade de urgência, é preciso lembrar dos dados sobre morbidade e mortalidade das crianças negras, que são aquelas com os piores marcadores de desigualdade socioeconômica e com os piores indicadores de saúde infantojuvenil. Em 2015, segundo França *et al.* (2017), as infecções do trato respiratório inferior, leia-se pneumonias de quaisquer etiologias, foram a quinta maior causa de mortes de crianças até 5 anos de idade. É possível que os médicos que atenderam Ágatha nem saibam sobre as informações racializadas apresentadas aqui, mas, ainda que soubessem, saber é suficiente para combater a incompetência coletiva em reconhecer o racismo?

Parece-me que, enquanto a formação dos profissionais de saúde considerar que abordar raça e racismo é uma espécie de complemento ou algo desnecessário para que tenhamos egressos tecnicamente competentes, o cenário de saúde das crianças não será diferente. As novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o ensino da medicina já fazem recomendações para que a abordagem das relações étnico-raciais seja transversal na graduação (Brasil, 2014).

6.7 AIMÉ

“Já se passaram uns oito meses desde que conheci Aimé, um menino negro de 7 anos de idade. Ele sempre vem acompanhando seu avô, Juvenal, nas sessões de agulhamento seco para

dores crônicas. Dores essas que surgiram após perdas importantes na vida dos dois. Primeiro a avó de Aimé, esposa de Juvenal, que apoiou a criação do menino e que morreu por doença cardiovascular havia menos de dois anos; e depois seu pai, que foi preso e não há esperança de que seja solto nos próximos anos. Só lhes restou um ao outro. Na verdade, Aimé tem sua mãe, que não conheço e que é nora de Juvenal. Segundo o avô, é uma mulher em uso problemático de crack que oscila entre estar domiciliada e em situação de rua, o que coloca seu neto em muitas situações de insegurança.

Eu já sabia dessa história desde o início dos encontros com Juvenal e sempre me coloquei à disposição para apoiá-los, mas, segundo ele, havia muita coisa em jogo e preferiu sustentar sem intervenções externas. Por ora, eu entendi que precisaria ter paciência para avançar nos cuidados de Aimé, porque, assim como em muitos outros casos, suspeitava que o que estava em jogo era alguma relação daquela família com o tráfico na favela. Além disso, Aimé não é morador do território da minha equipe, o que implicaria uma negociação delicada com os demais trabalhadores da equipe. Pela sobrecarga de usuários que já temos, a tendência é de transferir o caso para a equipe de origem independentemente do vínculo estabelecido conosco. Isso não se faz de uma hora para outra, portanto, paciência.

Tempos depois, como Juvenal associava sua dor aos sofrimentos com o abandono do neto pela nora e pelo filho que está preso, resolvi abordar novamente a saúde de Aimé. Dessa vez, ele desabou a chorar e me pediu ajuda porque estava preocupado e nervoso. **A criança estava apanhando da mãe, faltando excessivamente na escola e ficando muito teimoso. O rendimento escolar e o comportamento na escola estavam sendo motivos de queixas das professoras também.**

Nesse dia, Juvenal não levou Aimé para a consulta justamente para poder desabafar sobre o que estava acontecendo. Perguntei-lhe como achava que eu poderia ajudar para alinharmos um plano conjunto. ‘Você pode só fazer o que você já faz comigo? Você pode conversar um pouco com ele de tempos em tempos?’. Eu ainda me emociono ao lembrar desse pedido porque mostra como Juvenal valoriza o encontro clínico como espaço de cuidado *per si*. Combinamos que na próxima consulta ele levaria Aimé para conversarmos.

Assim ele fez. Aimé veio com Juvenal para consulta. Perguntei a Juvenal se ele deixaria eu brincar um pouco com o menino. Ele permitiu. Enquanto isso, eu deixei o avô fazendo um momento de relaxamento e agulhamento para suas dores em outra sala. **Peguei caneta, papel e umas canetinhas coloridas.** Perguntei se Aimé gostaria de desenhar comigo, e nos sentamos no chão de uma sala.

Ele começou fazendo um boneco na cor vermelha que estava de mãos dadas com um outro boneco azul, que tinha uma avantajada barriga. Perguntei quem ele estava desenhando.

Falou que eram ele e o avô. ‘Teu avô é seu amigo, Aimé?’ – perguntei. Ele respondeu que sim com a cabeça. Aproveitei para saber quem mais estava na vida do menino de forma importante para ele. Quando chegamos no assunto ‘mãe’, ele parou de desenhar e ficou olhando para a parede. Após uns minutos de silêncio, o menino falou: ‘A minha mãe não me ama. Ela não deixa eu brincar e briga comigo por qualquer coisa. Olha!’. Mostrou-me o braço com uma marca arroxeadada. Perguntei-lhe como ele se sentia com essa postura da mãe. Revelou que se sentia triste e com raiva, que queria ir embora da casa dela. Eu me percebi com os olhos cheios de lágrimas.

Cheguei mais perto dele. Recostamo-nos na parede olhando para o nada. Ele suspirou. Eu também. ‘Você quer ajuda para falar com ela, Aimé?’. Primeiro ele disse que sim. **Depois começou a falar bastante rápido e com a voz mais grossa, como um pequeno adulto**, sobre como isso não ia adiantar de nada porque ela usa drogas, porque ninguém mais quer ficar com ele; porque ninguém gosta de brincar ou de levá-lo pra brincar com outras crianças. Ele se levantou e foi mexer com a caixa de brinquedos que tenho na sala. De repente, meu relógio despertou. Havia dado o tempo da sessão de agulhamento de Juvenal acabar. ‘Aimé, eu quero desenhar e conversar outras vezes com você. Quero ouvir suas histórias e te ajudar. Você topa?’. Ele disse que sim. Fui tirar as agulhas do avô e combinei o retorno dos dois em algumas semanas.

Quando foram embora, eu tranquei a porta. Deixei que as lágrimas viessem. ‘É tudo muito injusto. Ele é um menino querendo brincar, querendo carinho.’ – pensei. Ele, mesmo pequeno ainda, já tinha tantas questões complexas para lidar nas relações familiares. ‘O que eu vou fazer diante disso tudo?’.

Eles voltaram. Quando Aimé me viu, abriu um grande sorriso e veio correndo me abraçar. Depois do abraço, eu levantei a mão para que ele batesse como forma de cumprimento. Ele riu e me cumprimentou. ‘E aí, cara, que bom que você voltou! Tá todo bonito com esse corte de cabelo, hein?! Bora desenhar?’. Ele ficou todo satisfeito com o elogio. **‘Tô na régua, dra. Tu também né?’ – disse sorrindo e apontando para meus cabelos que também estavam raspados na lateral. ‘Pois é. Tu gostou?’.** Ele fez que sim com a cabeça. **Fomos para a sala.**

Ele estava mais falante. Contou que havia passado as últimas semanas na casa do avô. Juvenal, que entrou na consulta dessa vez, começou a reclamar das suas dores e disse que era porque Aimé não era fácil. ‘Eu gosto muito dele, dra., mas eu não aguento isso não.’. Aimé abaixou a cabeça ao ouvir a queixa do avô. Eu respirei fundo. ‘As professoras também não estão aguentando. Dizem que ele é mal-educado e que não para quieto na sala. Que só quer brincar o tempo todo.’. Juvenal não parava de reclamar da criança e depois emendava nas queixas de suas

dores. As perninhas de Aimé começaram a balançar rapidamente. Eu o interrompi. ‘Me conta, Aimé, que você quer fazer hoje?’. Ele apontou para os livros infantis na prateleira do armário da sala. ‘Quer ler umas histórias?’. Curiosamente, **ele escolheu um livro em que tinha um pai e uma filha negros na capa**, o livro *Amor de cabelo*.

Nós mal folheamos as primeiras páginas enquanto eu lia quando caiu uma lágrima no livro. Eu parei. **‘Ô, rapá, que que houve? Não chora não.’** – disse Juvenal. O menino prontamente secou as lágrimas. Eu fechei o livro e me abaixei perto do menino. ‘Juvenal, posso ficar um pouco só com ele?’. O avô saiu. Quando fechou a porta, eu disse ao garoto: ‘Não tem problema chorar, Aimé. Quer me contar o que você está sentindo?’. Ele prontamente respondeu: ‘Eu tô com saudade do meu pai’. Eu me sentei do lado dele e o abracei. A gente ficou em silêncio um bom tempo. Peguei papel e caneta. Ficamos ali desenhando quietos. Ele fez um desenho para mim. Eu fiz um desenho para ele. Perguntei se ele estava se sentindo melhor. Ele disse que sim. Marcamos mais um encontro.

Chamei Juvenal na sala enquanto Aimé esperava no jardim em frente à sala. Fiz algumas ponderações sobre como a criança estava enfrentando muitos desafios ao mesmo tempo e que não podia reagir sozinha a tantas violências. Disse-lhe que parecia que, nesse momento, precisaríamos dele enquanto suporte, mas também de outras instituições como o Conselho Tutelar. Acolhi o sofrimento do senhor que parecia não saber o que fazer, mas sinalizei que seria importante que o avô não fosse mais uma figura reclamando do menino. Combinamos de falar com a escola sobre os desafios que Aimé estava enfrentando e que ele precisava de apoio de lá também. Juvenal não queria acionar o Conselho Tutelar para apoiar na condução dos problemas com a mãe do menino. Na verdade, ele não queria que eu contasse a mais ninguém, chegava a me implorar que não o fizesse.”.

A história de Aimé está repleta de violências contra a criança que não são premeditadas pelos agressores, que são seus entes mais queridos e seus cuidadores principais. Como apresentando na PNAISC (Brasil, 2018a), essa não é uma situação incomum no Brasil. Observa-se a violação do direito de brincar, violência física, violência psicológica, machismo etc. Todo esse conjunto, quando deixa de ser compreendido e abordado com uma criança negra, é mais uma expressão do racismo institucional pelos serviços em que a criança está inserida e perpetua a necroinfância enquanto modo de funcionamento social que assassina crianças negras (Noguera, 2020).

Além disso, é possível observar a capacidade da criança de identificar e reagir, mesmo sem saber explicar, a todas as situações problemáticas que vem enfrentando (Santiago, 2015). Afinal, ele reage verbal ou fisicamente de forma coerente em cada uma delas. Aimé sabe, por

exemplo, que não deveria estar sendo agredido fisicamente pela mãe e me mostra seu ferimento no braço em forma de denúncia; sabe que não é legal ficar ouvindo de seus professores e de seu avô que ele é mal-educado sem nem mesmo ser escutado sobre os desafios que ele enfrenta sozinho diariamente, demonstra isso em suas expressões faciais tristes ou impacientes com as reclamações do avô.

Os gestos, os movimentos, as brincadeiras, as falas das crianças revelam, além de sistemas de aquisição de elementos simbólicos, também outras produções culturais construídas dentro do grupo com outras crianças e nas relações com os adultos. Esse movimento nos conduz a pensar que as crianças também são sujeitos que fazem história e que constroem cultura em condições dadas pela sociedade a que pertencem. (Santiago, 2015. p. 134).

Para quem está capacitado a enxergar, as expressões de Aimé, como visto no trecho acima, são reveladoras de seu descontentamento com a condição que lhe é imposta. Ele foi capaz de denunciar para mim o que está acontecendo com ele.

É dilacerante ver como Aimé está sozinho diante do estresse tóxico – e como ele já começa a ser adultecido (Hall *et al.*, 2015). Quando ele muda o tom de voz para o de um homem adulto para falar dos problemas da mãe, isso fica bastante evidente. É como se ele não pudesse pedir ajuda naquela situação, assim como ele não pode chorar de saudades do pai porque o avô o recrimina. O que está por trás disso é também o machismo que atravessa a construção do menino negro.

Por outro lado, é muito emocionante poder enxergar como ele responde ao afeto positivo dos nossos encontros. O nosso vínculo começou a partir de encontros pontuais em que conversávamos amenidades. Ele ficava rindo enquanto eu colocava as agulhas nas costas de seu avô. Ele me pedia para colocar uma ou outra agulha também. Quando começamos a abordagem mais direta das questões de saúde do menino, nós já nos conhecíamos e nos reconhecíamos um no outro. Ele gosta de observar meus cabelos, aliás, ele observa tudo. Até quando eu pareço triste, Aimé fala sem rodeios. Eu vejo o Aimé menino negro passando por todas as armadilhas do racismo e fico triste. O reconhecimento de como é injusto o sistema racista e adultocêntrico reverbera em mim talvez de outro lugar, um lugar subjetivo, pessoal. Um lugar que pode ser diferente daquele que profissionais brancos sentem.

Eu projeto, por exemplo, que o julgamento sobre o comportamento de Aimé na escola como sendo mal-educado pode acontecer um dia com meu filho – e eu não sou mãe. Percebe-se, a queixa não é só sobre como ele é agitado, a queixa é de que ele é mal-educado. Esse termo conota que são a instituição familiar e até mesmo a criança os responsáveis únicos das reações daquela criança no ambiente escolar. Ora, o que foi investigado antes de fazer esse julgamento

sobre aquela criança negra? Não quero dizer com isso que não possa haver problemas na educação intrafamiliar de Aimé. A questão é que, em se tratando de uma criança negra em um país racista, é uma falha coletiva da instituição não investigar o que pode estar por trás dos seus “comportamentos problemáticos”. É justamente a recorrência dessa falha que me faz projetar o pior para o que pode acontecer com um filho meu na escola ou em qualquer outra instituição. É assim que as crianças negras tomam suas atitudes contra violências raciais ocorridas dentro da escola e acabam sendo punidas como evidenciado por Santiago (2015). Não há, por parte das instituições, uma preparação que faça os profissionais analisarem a situação partindo do pressuposto de que o racismo existe e que é causa frequente de problemas entre as crianças.

Por último, é preciso destacar a percepção que Juvenal tem sobre uma ação intersetorial para ajudar Aimé, especialmente com medo do Conselho Tutelar. O medo de gerar problemas tanto para ele, pelas relações de poder do tráfico e sua família na comunidade, quanto para a mãe de Aimé, ao fazer o acionamento do Conselho Tutelar, atrapalha a sinalização para a rede de saúde e da assistência social para ações de proteção, de promoção da saúde e apoio da família – inclusive no aspecto financeiro, pois não é incomum que pessoas em uso problemático de drogas alucinógenas tenham grande prejuízo de sua funcionalidade fazendo com que elas não consigam dar entrada em auxílios do governo, como o Bolsa Família. A abordagem dessa família carece de um projeto terapêutico singular em equipe, com participação potencial do Núcleo Ampliado de Saúde da Família, do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil e do Centro de Referência de Assistência Social.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfrentamento do racismo institucional deve ser uma prioridade para alcançar um cuidado de saúde integral e equânime para as crianças negras na APS. É preciso pensar no papel de cada serviço, cada categoria profissional inseridas na rede, mas, especialmente, reformular políticas, programas e ações de saúde voltados para o cuidado e a promoção de saúde das crianças negras, uma vez que a maioria não é capaz de compreender o racismo estrutural na DSPSD das crianças negras e, portanto, não reconhece o racismo institucional em suas formulações.

Além disso, parece urgente que seja reconhecido que as crianças são atores sociais e cidadãos com especificidades; dessa forma, precisam ter protagonismo no cuidado em saúde e adequação dos espaços e encontro de cuidado aos seus modos de apreender a realidade e interagir com as instituições para que, de fato, faça-se um cuidado integral e antirracista.

Como pode ser percebido ao longo do trabalho, a maior parte das referências que conseguem situar os efeitos do racismo estrutural e institucional sobre a vida e desenvolvimento das crianças é do campo da educação, da sociologia e da psicologia. Isso significa que há muito o que aprender com eles. Talvez um bom caminho para qualificação do cuidado na APS seja uma aproximação tanto acadêmica quanto dos serviços de saúde com essas áreas de atuação, bem como o aproveitamento dos espaços já instituídos, como o Programa Saúde na Escola para fazer essa parceria. Outrossim, é preciso pensar no que há de contribuições dos conhecimentos e práticas comunitários, como o Projeto Ninar de Recife-PE, para cuidados e ações de promoção antirracistas.

Talvez a grande limitação deste trabalho seja a falta de acesso às opiniões e às percepções das crianças e das famílias para apoiar no levantamento das lacunas no cuidado referenciadas justamente em quem é o objeto de estudo da dissertação. Tal fato aponta para a necessidade de estudos posteriores com outras metodologias que permitam captar a experiência das crianças e das famílias negras nas unidades de saúde com o racismo institucional.

Por fim, as escrevivências trouxeram uma densidade de emoções e sentidos de cuidado antirracista e de expressões de racismo institucional que emergem do olhar sobre o encontro da médica negra com as crianças negras. Nesse sentido, produzir as escrevivências do meu ponto de vista sinaliza a existência de uma riqueza a ser explorada como possibilidade de caminho para um cuidado integral dessas crianças e famílias e a necessidade de readequação do cuidado, mas não entrega respostas prontas aos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S.; RIBEIRO, D. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro: Pólen, 2019. (Feminismos plurais).
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100005&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 1 dez. 2022.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set-dez 2004b.
- BARROS, R. **Analisando dados de cobertura da Atenção Primária à Saúde no Brasil no início de 2023**. Rio de Janeiro: Cebes, 16 fev. 2023. Disponível em: <https://cebes.org.br/atencao-primaria-a-saude-no-brasil-no-inicio-de-2023/30524/>. Acesso em: 15 out. 2023.
- BATISTA, L. E.; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R. A Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 681-690, out/dez, 2013.
- BENTO, C. **Pacto da Branquitude**. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.
- BONILHA, L. R.; RIVORÊDO, C. R. Puericultura: duas concepções distintas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 1, p. 7-13, 2005.
- BORRET, R. H. E. S. E se a dona Violeta fosse uma mulher negra? Reflexões a partir de “O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde”. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 3969-3973, out. 2022.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 151, n. 117, p. 8-11, 23 jun. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Criança: Menina**. 5. ed. Passaporte da Criança. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança:** orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2005:** uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7).

BRASIL. Secretaria Nacional de Juventude. **Plano Juventude Viva:** um levantamento histórico. Brasília: SNJ, 2018b.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Revista Facultad Nacional de Salud Pública,** Medellín, v. 31, n. 1, p. 13-27, 2013. Suplemento.

BRIDGE, J. A. *et al.* Suicide trends among elementary school-aged children in the United States from 1993 to 2012. **JAMA pediatrics,** [s. l.], v. 169, n. 7, p. 673-677, 2015.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI, F. A. A saúde e seus determinantes. **Physis,** Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: MINAYO, C. *et al.* (org.). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec; 2006. p. 53-92.

CAVALLEIRO, E. S. **Do silêncio do lar ao silêncio escolar:** racismo, preconceito e discriminação na educação infantil. 6. ed. São Paulo: Contexto, 2010.

CHENG, E. R.; COHEN, A.; GOODMAN, E. The role of perceived discrimination during childhood and adolescence in understanding racial and socioeconomic influences on depression in young adulthood. **The Journal of pediatrics,** [s. l.], v. 166, n. 2, p. 370-377.e1, 2015.

COMITÊ CIENTÍFICO DO NÚCLEO CIÊNCIA PELA INFÂNCIA. **Impactos da Estratégia Saúde da Família e desafios para o desenvolvimento infantil:** estudo 5. São Paulo: NCPI, 2019.

COMITÊ CIENTÍFICO DO NÚCLEO CIÊNCIA PELA INFÂNCIA. **Racismo, educação infantil e desenvolvimento na primeira infância.** São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2021. Disponível em: https://ncpi.org.br/wp-content/uploads/2021/10/WP-7_Racismo-Educ-Infantil-e-Desenvolvimento-da-Primeira-Infancia.pdf. Acesso em: 22 out. 2022.

DUARTE, C. L.; NUNES, I. R. (org.). **Escrevivência**: a escrita de nós: reflexões sobre a obra de Conceição Evaristo. Ilustrações de: Goya Lopes. Rio de Janeiro: Mina Comunicação e Arte, 2020.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

EPSTEIN, R.; BLAKE, J.; GONZÁLEZ, T. **Girlhood interrupted**: the erasure of black girls' childhood. [S. l.]: Georgetown Law Center on Poverty and Inequality, 2017. Disponível em: <https://ssrn.com/abstract=3000695>. Acesso em: 7 out. 2023.

EVARISTO, C. A Escrivência e seus subtextos. In: DUARTE, C. L.; NUNES, I. R. **Escrevivência**: a escrita de nós: reflexões sobre a obra de Conceição Evaristo. Ilustrações de: Goya Lopes. Rio de Janeiro: Mina Comunicação e Arte, 2020. p. 26-46.

FRANCA, D. X.; MONTEIRO, M. B. Identidade racial e preferência em crianças brasileiras de cinco a dez anos. **Psicologia**, Lisboa, v. 16, n. 2, p. 293-323, jul. 2002.

FRANÇA, E. B. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 20, p. 46-60, 2017. Suplemento.

GLOBONEWS. Em 30 anos, apenas 244 processos de racismo e injúria racial chegaram ao fim no RJ. **G1**, [s. l.], 6 dez. 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/em-30-anos-apenas-244-processos-de-racismo-e-injuria-racial-chegaram-ao-fim-no-rj.ghtml>. Acesso em: 1 nov. 2023.

GOMES, N. L. Alguns termos e conceitos presentes no debate sobre relações raciais no Brasil: uma breve discussão. In: MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. **Educação anti-racista**: caminhos abertos pela Lei Federal nº 10.639/03. Brasília: Ministério da Educação, 2005. p. 39-62.

GOMES, N. L.; ARAÚJO, M. (org.). **Infâncias negras**: vivências e lutas por uma vida justa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2023.

GONZALEZ, L. Por um feminismo afrolatinoamericano. **Revista Isis Internacional**, Santiago, v. 9, p. 133-141, 1988.

HALL, W. J. *et al.* Implicit racial/ethnic bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: a systematic review. **American Journal of Public Health**, [s. l.], v. 105, n. 12, p. e60-76, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2012-2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais (SIS)**. [S. l.]: IBGE, 2020b.

JONES, C. P. Confronting institutionalized racism. **Phylon**, Atlanta v. 50, n. 1, p. 7-22, 2002.

KILOMBA, G. **Memórias da Plantação**: episódios de racismo cotidiano. Lisboa: Orfeu Negro, 2019.

LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

LÓPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 16, n. 40, p. 121-134, jan./mar. 2012.

MATTOS, R. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009.

MBEMBE, A. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. São Paulo: N-1 edições, 2018.

MELO, E. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 38-51, set. 2018

MOROSINI, M.; FONSECA, A. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 261-274, set. 2018.

MUNANGA, K. **Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia**. Tradução. Niterói: EDUFF, 2004. Disponível em: biblio.fflch.usp.br/Munanga_K_UmaAbordagemConceitualDasNocoosDeRacaRacismoIdentidadeEEtnia.pdf. Acesso em: 11 set. 2022.

NARLA, S. *et al.* Racial disparities in dermatology. **Archives of Dermatological Research**, [s. l.], v. 315, n. 5, p. 1215-1223, 2023.

NOGUERA, R. Necroinfância: por que as crianças negras são assassinadas? **Lunetas**, [s. l.], 9 dez. 2020. Disponível em: <https://lunetas.com.br/necroinfancia-criancas-negras-assassinadas/>. Acesso em: 7 dez. 2022.

NOGUERA, R.; ALVES, L. P. Infâncias Diante do Racismo: teses para um bom combate. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 44, n. 2, p. e88362, 2019.

OLIVEIRA, D. **Racismo estrutural**: uma perspectiva histórico-crítica. São Paulo: Dandara, 2021.

OLIVEIRA, F. I.; ABRAMOWICZ, A. Infância, raça e “paparicação”. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p. 209-226, ago. 2010.

OLIVEIRA, F.; CORREA, N. C. S. L. Criança negra no Brasil: políticas de morte e de vida nas infâncias. In: SOUZA, E. L.; ANJOS, C. I.; LYRA, N. C. S. **Necropolítica e as infâncias negras**: ensaios na pandemia. São Paulo: Dandara, 2022. p. 135-154.

PRANDI, R. **Mitologia dos Orixás**. Ilustrações de Pedro Rafael. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

SANTIAGO, F. Gritos sem palavras: resistências das crianças pequenininhas negras frente ao racismo. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 31, n. 2, p. 129-153, 2015.

SANTOS, D. B.; MENDES, A. C. L. Por uma infância com mais respeito: dialogando sobre racismo sob olhares das crianças de uma escola da cidade de Ipirá, Bahia. **Abatirá Revista de Ciências Humanas e Linguagens**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 393-408, 2020.

SANTOS, E. F. Ibejis, narrativas de resistência na diáspora negra brasileira – Considerando os itans. In: SOUZA, E. L.; ANJOS, C. I.; LYRA, N. C. S. **Necropolítica e as crianças negras: ensaios na pandemia**. São Paulo: Dandara, 2022. p. 9-24.

SANTOS, F. K. L.; NASCIMENTO, E. F. Jovens meninas negras e a exclusão escolar: a ausência da interseccionalidade nas políticas públicas de educação. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 9, n. 8, Palmas, TO, p. 110-125, 2022. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/5455>. Acesso em: 7 dez. 2022.

SANTOS, M. V.; LINS, L. Resignificar e criar outros possíveis para infância. In: SOUZA, E. L.; ANJOS, C. I.; LYRA, N. C. S. **Necropolítica e as infâncias negras: ensaios na pandemia**. São Paulo: Dandara, 2022. p. 275-296.

SILVA, L. B.; BICUDO, V. Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: discutindo conceitos e perspectivas. In: SANTOS, T. *et al.* **Trabalho e Saúde: diálogos críticos sobre crises**. Rio de Janeiro: Mórula, 2022. p. 115-131.

SOARES, A. S.; FEITAL, L. M.; MELO, R. L. C. Lutas antirracistas: a voz de meninas negras na Educação Infantil. In: **Infâncias negras: vivências e lutas por uma vida justa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2023. p. 151-172.

SOUZA, V. S. Eugenia, racismo científico e antirracismo no Brasil: debates sobre ciência, raça e imigração no movimento eugênico brasileiro (1920-1930). **Revista Brasileira de História**, [s. l.], v. 42, n. 89, p. 93-115, abr. 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-01882022000100093&tlng=pt. Acesso em: 4 set. 2022.

ST CLAIR, M. C. *et al.* Early risk factors and emotional difficulties in children at risk of developmental language disorder: a population cohort study. **Journal of Speech, Language, and Hearing Research**, [s. l.], v. 62, n. 8, p. 2750-2771, 2019.

STEWART, M. Continuity, care, and commitment: the course of patient-clinician relationships. **Annals of Family Medicine**, v. 2, n. 5, p. 388-390, 2004.

THEODORO, C. **Introdução**. In: SOUZA, E. L.; ANJOS, C. I.; LYRA, N. C. S. **Necropolítica e as infâncias negras: ensaios na pandemia**. São Paulo: Dandara, 2022. p. 25-44.

UMBERSON, D. Black deaths matter: Race, relationship loss, and effects on survivors. **Journal of Health and Social Behavior**, [s. l.], v. 58, n. 4, p. 405-420, 2017.

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

XAVIER, J. A importância do desenvolvimento motor na primeira infância. **Fiocruz**, Rio de Janeiro, 17 abr. 2018. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/importancia-do-desenvolvimento-motor-na-primeira-infancia>. Acesso em: 7 out. 2023.