

Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no município de Cáceres-MT

Implementation of the National Comprehensive Health of the Black Population in the city of Cáceres-MT

Aplicación del Sistema Nacional de Salud Integral a la Población Negro en la ciudad de Cáceres-MT

Aline Figueiredo de Oliveira¹

Solange da Silva Lima²

Rogério Ferrari³

Resumo

Objetivo: O estudo propôs analisar o nível de conhecimento dos profissionais das equipes das Estratégias de Saúde da Família da cidade de Cáceres-MT sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, bem como levantar as dificuldades encontradas para a efetivação dessa política nas unidades básicas de saúde. **Métodos:** Trata-se de um estudo quanti-qualitativo e descritivo. A amostra é composta por 34 profissionais das 10 equipes de saúde da família do município de Cáceres-MT, sendo 10 enfermeiros, 09 técnicos de enfermagem, 09 agentes comunitários e 06 médicos. **Resultados:** A maioria (26 - 76,47%) dos sujeitos da pesquisa trabalha há mais de 1 ano nas unidades, poucos conhecem a política em questão (8 – 23,52%), maior parte (29 – 85,29%) alega que essa política não está implementada na equipe que pertence, apesar de 19 – 55,88% acharem necessário sua implementação, dentre as dificuldades de ser implementada os sujeitos relatam ser falta de interesse dos gestores e falta de conhecimento, e grande parte (28 – 82,35%) alegam nunca ter vivenciado ou conhecer algum caso de discriminação nos serviços de saúde. **Conclusão:** Para a efetivação desta política nos estados e municípios, é necessária a capacitação dos profissionais das estratégias de saúde da família, com a educação permanente destes trabalhadores onde possa atentar-se para a forma de atendimento que estão utilizando, assim

¹ Enfermeira. Graduada em enfermagem pela Universidade do Estado de Mato Grosso, UNEMAT, Cáceres-MT. E-mail: aninesaqua@gmail.com

² Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência; Especializanda em Gestão e Saúde pela UAB/UNEMAT, Docente da Universidade do Estado de Mato Grosso-UNEMAT. E-mail: sollmellima@gmail.com

³ Acadêmico do curso de Medicina, pela Universidade Estácio de Sá - UNESA, campus Centro V – Arcos da Lapa, Rio de Janeiro-RJ. E-mail: rogerioferrari_5056@hotmail.com

como analisar onde a necessidade é maior, quando falamos em doenças prevalentes da população negra. **Descritores:** Racismo institucional; Saúde da população negra; Discriminação racial.

Abstract

Objective: The present study evaluated the level of knowledge of the professionals of the family health strategy of the city of Cáceres-MT on the National Policy on Comprehensive Health of the Black Population, as well as raise difficulties for the realization of this policy units basic health.

Methods: This study is a quantitative and qualitative and descriptive. The sample consists of 34 professionals from 10 family health teams in the city of Cáceres-MT, 10 nurses, 09 nursing technicians, 09 physicians and 06 community agents. **Results:** Most (26 - 76.47%) of the subjects worked for over one year in units, few know the policy in question (8 - 23.52%), most (29 to 85.29%) argues that this policy is not implemented in the team which it belongs, although 19 - 55.88% deem necessary implementation, among the difficulties to implement the subjects reported to be a lack of interest of managers and lack of knowledge, and most (28 - 82.35%) claim never to have experienced or know of a case of discrimination in health services. **Conclusion:** For the realization of this policy in the states and municipalities, is required professional training of family health strategies, with continuing education where these workers can attend to the form of service they are using, as well as analyze where the need is greater when we talk about diseases prevalent in the black population. **Descriptors:** Institutional racism; Black population's health; Race discrimination.

Resumen

Objetivo: El presente estudio evaluó el nivel de conocimientos de los profesionales de la estrategia de salud de la familia de la ciudad de Cáceres-MT en la Política Nacional de Salud Integral a la Población Negro, así como plantear dificultades para la realización de esta unidad de política básico de salud. **Métodos:** El estudio es un análisis cuantitativo y cualitativo y descriptivo. La muestra se compone de 34 profesionales de 10 equipos de salud familiar en la ciudad de Cáceres-MT, 10 enfermeras, 09 técnicos de enfermería, médicos de 09 y 06 agentes. **Resultados:** La mayoría (26 - 76,47%) de los sujetos trabajaron durante más de un año en unidades, pocos conocen la política en cuestión (8 - 23,52%), la mayoría (29 a 85,29%) argumenta que esta política no se implementa en el equipo que pertenece, a pesar de 19 - 55,88% consideran necesaria aplicación, entre las dificultades para poner en práctica los sujetos reportaron haber una falta de interés de los directivos y la falta de conocimiento, y la mayoría (28 - 82,35%) afirman que nunca han experimentado o sabe de un caso

de discriminación en los servicios de salud. **Conclusión:** Para la realización de esta política en los estados y municipios, se requiere la formación profesional de las estrategias de salud de la familia, con la educación continua donde estos trabajadores puedan asistir a la forma de servicio que está utilizando, así como analizar donde la necesidad es mayor cuando hablamos de enfermedades prevalentes en la población negro. **Descriptor:** Racismo institucional, Salud de la población negro, La discriminación racial.

Introdução

Ao instituir a saúde como um direito de todos, o Estado brasileiro assume a responsabilidade de garantir acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, de modo a contemplar da melhor forma possível, as necessidades e demandas da população. Embora seja um avanço inegável como direito do cidadão, não o é quando trata do dever do Estado, pois este não tem assegurado a todos a mesma qualidade de atenção ou perfil de saúde, seja do ponto de vista regional e/ou étnico-racial.¹

Atualmente as relações entre raça e saúde vêm sendo objeto de uma série de iniciativas centrada na criação de um campo de reflexão e de intervenção política denominada 'saúde da população negra'. Essa proposta se insere na discussão sobre formas de enfrentamento do racismo no país, na medida em que governo, intelectuais e parcelas significativas da sociedade civil reconhecem atualmente as desvantagens materiais e simbólicas sofridas pelos negros. Apesar de não haver consenso quanto aos diagnósticos e às soluções para o problema da discriminação racial, ele adquire maior visibilidade em função do atual debate sobre os temas da pobreza e da justiça social. Nesse cenário, 'raça' emerge não apenas como uma ferramenta analítica para tornar inteligíveis os mecanismos estruturais das desigualdades sociais, mas também como instrumento político para a superação das iniquidades históricas existentes no Brasil.²⁻³

A primeira experiência de inclusão de questões raciais na área da saúde em ações governamentais teve início na década de 80 com a contribuição do movimento negro em São Paulo, e outros estados e municípios buscaram institucionalizar através da secretaria de saúde. O Perfil epidemiológico da população negra é marcado por singularidade, tanto do ponto de vista genético, como das condições de vida que geram diferenças no processo de adoecimento, cura e morte.⁴

Nossa experiência profissional e de vida, nos autoriza partir do pressuposto que também na área da saúde existe racismo institucional³ e este pode ser evidenciado/detectado em processos, atitudes ou comportamentos que denotam discriminação derivada de estereótipos, preconceito inconsciente, ignorância ou falta de atenção e que colocam pessoas e grupos em situações de

desvantagem. Portanto, a persistência de uma estrutura de discriminação pode ser decorrente, entre outras razões, do desconhecimento existente a respeito da demanda da mulher negra sobre suas condições de vida e saúde.⁵

A prática do racismo institucional na área da saúde afeta preponderantemente as populações negra. A invisibilidade das doenças que são mais prevalentes nestes grupos populacionais, a não inclusão da questão racial nos aparelhos de formação, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a qualidade da atenção à saúde, assim como o acesso aos insumos, determinam diferenças importantes nos perfis de adoecimento e morte entre brancos e negros.⁶⁻⁷

Os anos de 2005 e 2006 foram os anos que culminaram para a aprovação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, pelo conselho nacional de saúde em 10 de novembro de 2006. Foi reconhecida oficialmente pelo Ministério da Saúde (MS) no II seminário de saúde da população negra a existência do racismo institucional no Sistema Único de Saúde (SUS). O funcionamento da política de saúde da população negra é regido pela portaria nº 2.632, 15 de dezembro de 2004. Têm como objetivo a melhoria das condições desse segmento da população. Inserindo promoção à saúde e prevenção de doenças provenientes dessa população, bem como o controle social a gestão participativa e participação social.⁸

No Brasil, existe um consenso entre os diversos estudiosos acerca das doenças e agravos prevalentes na população negra, com destaque para aqueles que podem ser agrupados nas seguintes categorias: a) geneticamente determinados – tais como a anemia falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase, foliculite; b) adquiridos em condições desfavoráveis – desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, DST/HIV/aids, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas); e c) de evolução agravada ou tratamento dificultado – hipertensão arterial, diabetes mellitus, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses. Essas doenças e agravos necessitam de uma abordagem específica sob pena de se inviabilizar a promoção da equidade em saúde no país.⁸

Diante dessas desigualdades étnico-raciais no quesito saúde integral, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) instituída nos serviços do SUS, prioriza exatamente a redução dessa disparidade encontrada. Assim, o presente estudo propôs analisar o nível de conhecimento dos profissionais das equipes das estratégias de saúde da família (ESF), visto que a ESF é um projeto dinamizador do SUS, da cidade de Cáceres-MT sobre a PNSIPN, bem como levantar as dificuldades encontradas para a efetivação dessa política nas unidades básicas de saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo e descritivo. A amostra foi obtida pelo método de amostragem de conveniência, sendo composta por 34 profissionais das 10 equipes de saúde da família do município de Cáceres-MT, sendo 10 enfermeiros, 09 técnicos de enfermagem, 09 agentes comunitários e 06 médicos.

Para inclusão no estudo foi adotado, como critério de seleção, todos os profissionais em plena atividade e que aceitassem participar da pesquisa voluntariamente. Os critérios de exclusão abrangem os que estavam em gozo de férias ou licença prêmio, em licença médica para tratamento de saúde, licença-maternidade e afastados para capacitação profissional como mestrado e doutorado.

A adesão por parte dos profissionais a pesquisa foi pequena, devido se tratar de um assunto que julgavam não conhecer. Dos profissionais que não responderam, relataram não ter tempo de participar de uma pesquisa e alegaram como foi dito anteriormente que não responderiam a um questionário cujo tema desconhecia.

Em observância à legislação em pesquisa envolvendo seres humanos, foi assinado o termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que os participantes do estudo fossem informados da proposta da pesquisa, da sua participação voluntária, do direito ao anonimato e sigilo dos dados informados, além do direito de abandonar a pesquisa em qualquer etapa, se assim desejassem.

O anonimato foi preservado e cada sujeito da pesquisa foi identificado com um codinome utilizando a inicial da profissão (enfermeiro-E; agentes comunitários de saúde-A, técnico de enfermagem-T, médico-M) e um número consecutivo. Por exemplo, para os enfermeiros utilizou-se E1, E2, E3 e assim sucessivamente para as demais categorias.

Para averiguação dos apontamentos propostos neste estudo, foi utilizado como instrumento um questionário composto por sete questões, sendo cinco questões fechadas e duas questões abertas. As informações dos instrumentos respondidos foram codificados, digitados e processado em planilha Excel®.

O presente estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em pesquisa da Universidade de Cuiabá (UNIC), seguindo a norma nº 196/96, do conselho nacional de saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecida pelo MS, sendo aprovado em 24 de abril de 2009 com o registro nº 39 – protocolo nº 2009-037.

Resultados

Caracterização dos profissionais estudados

Participou da pesquisa 34 profissionais das unidades básicas de saúde da família do município de Cáceres-MT, sendo 09 agentes comunitários de saúde, 09 técnicos de enfermagem, 10 enfermeiros e 06 médicos.

Os resultados quanto à distribuição da amostra podem ser verificados na figura 1.

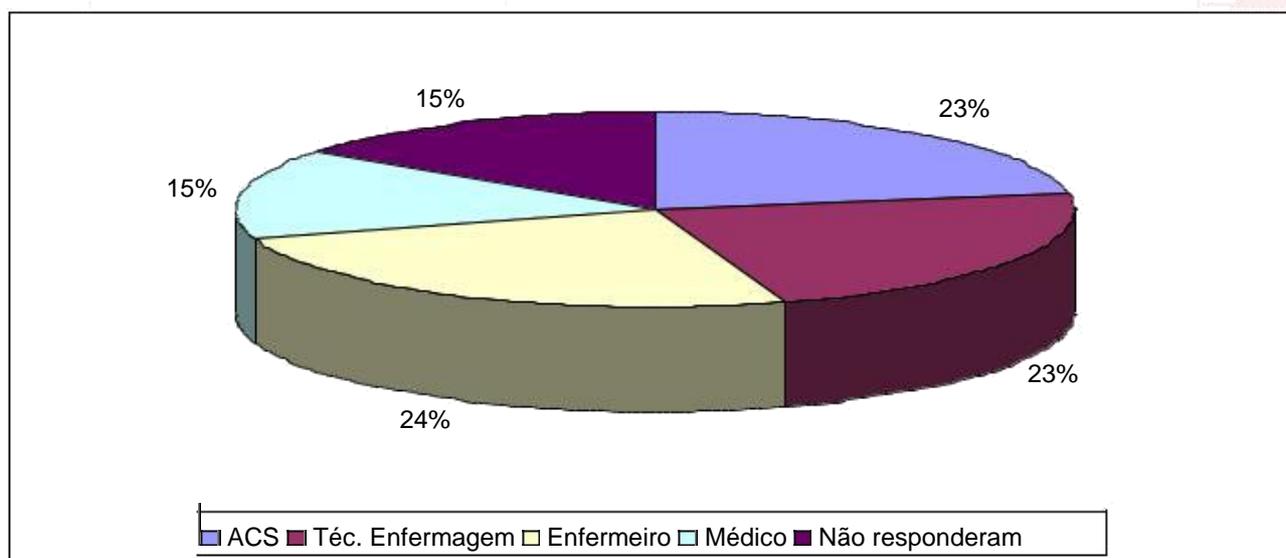


Figura 1. Distribuição da amostra estudada por área de atuação nas equipes das unidades básica de saúde da família no município de Cáceres-MT, maio de 2009.

Observa-se na tabela 1, que dos profissionais entrevistados, a maioria trabalha há mais de 01 ano nas unidades básicas de saúde, com um percentual de 100% para o ACS, 67% para técnicos de enfermagem, 60% para os enfermeiros e 83% para os médicos.

Tabela 1. Distribuição da amostra estudada referente ao tempo de atuação dos profissionais nas equipes de unidades básicas de saúde da família em Cáceres-MT, maio de 2009.

Profissional	> de 6 meses e < 1 ano	%	< de 6 meses	%	Mais de 1 ano	%	Total
ACS.	0	0	0	0	9	100	100%
Téc. Enf	2	22	1	11	6	67	100%
Enfermeiro	2	20	2	20	6	60	100%
Médico	1	17	0	0	5	83	100%

Conhecimento dos profissionais

Pôde-se visualizar na tabela 2, que o maior nível de conhecimento da política está entre os profissionais de enfermagem, com um percentual de 22% e 30% para os técnicos de enfermagem e enfermeiros respectivamente, e um agravante para o desconhecimento da política está em um percentual entre 89% e 84% para os agentes comunitários e médicos das equipes de saúde.

Tabela 2. Distribuição da amostra estudada segundo o nível de conhecimento dos profissionais da equipe de saúde da família sobre a PNSIPN e sua implantação/implementação na ESF em que atuam, maio de 2009.

Profissional	SIM	%	NÃO	%	Total
Conhecimento da PNSIPN					
ACS	1	11%	8	89%	100%
Téc. Enfermagem	3	22%	7	78%	100%
Enfermeiro	3	30%	7	70%	100%
Médico	1	16%	5	84%	100%
Implantação/implementação da PNSIPN na ESF que atua					
ACS	1	11	8	89	100%
Téc. Enfermagem	1	11	8	89	100%
Enfermeiro	2	20	8	80	100%
Médico	1	16	5	84	100%

Ao analisar ainda a tabela 2 nota-se que em sua maioria 80 a 89% dos profissionais entrevistados alegam não ser implantada/implementada esta política na equipe de saúde a que pertencam, e uma minoria de 11% alegam que esta política está presente na equipe de saúde que pertencem.

Necessidade e dificuldade da implantação/implementação da PNSIPN na ESF

Obteve-se conforme as frequências observada a tabela 3, que de acordo com os profissionais estudados, a dificuldade de se implantar/implementar a política é devido ao não interesse dos gestores, com um percentual de 45% para os agentes comunitários, 22% para os técnicos de enfermagem, 20% para os enfermeiros e 17% para os médicos. Um percentual significativo foi encontrado nos profissionais que não responderam a questão, sendo 22% dos agentes comunitários, 34% dos técnicos de enfermagem, 20% dos enfermeiros e 66% dos profissionais médicos. Um terceiro ponto que é importante salientar é a falta de conhecimento dos profissionais a PNSIPN, onde 22% dos agentes comunitários alegaram que é este o motivo de não ser implantada/implementada a política, 22% para os técnicos de enfermagem, 20% dos enfermeiros e 17% dos médicos.

Tabela 3. Distribuição da amostra estudada, segundo a frequência de respostas dos profissionais da equipe de saúde da família sobre a dificuldade e a necessidade de se implantar/implementar a PNSIPN, no município de Cáceres-MT, maio de 2009.

Resultados	ACS		Téc.Enf.		Enf.		Médico	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Dificuldade de implantar/implementar								
Falta de Interesse dos gestores	4	45	2	22	2	20	1	17
Falta de Conhecimento	2	22	2	22	4	40	0	0
Pouco Divulgado	0	0	0	0	1	10	0	0
Não vejo dificuldade	1	11	1	11	0	0	1	17
Não respondeu	2	22	3	34	2	20	4	66
Mais PSF	0	0	1	11	1	10	0	0
Necessidade de implantar/implementar								
Sim	3	33	5	67	8	80	2	33
Não	2	22	1	11	1	10	4	67
Talvez	4	45	2	22	1	10	0	0
Total	9	100%	9	100%	10	100%	6	100%

A tabela 3 ainda mostra que 67% dos técnicos de enfermagem e 80% dos enfermeiros responderam que é necessária a implantação /implementação desta política, já para os que não acham necessário o percentual é de 67% para os médicos, e da necessidade de talvez ser implantada/implementada é de 45% para os agentes de saúde.

Além das questões apresentadas foi questionado a opinião do profissional a respeito da implantação/ implementação da PNSIPN no município de Cáceres-MT. A seguir algumas descrições dos profissionais entrevistados.

Abaixo é descrito a opinião de três ACS com opiniões diferentes quanto à necessidade da implantação/implementação (sim, não, talvez).

Não há necessidade, porque o SUS é universal para todos sem distinção de raça, credo etc. (A1);

Talvez haja necessidade, desde que não tenha o sentido de discriminação racial. (A2);

Sim, é necessário implementar/implantar, para melhoria do atendimento. (A3).

Para os técnicos de enfermagem também foi selecionado para descrição três pontos de vista diferentes:

Não, porque o SUS já faz esse papel, ele atende a população como um todo, sem distinção de cor e classe e colocar a população negra com um diferencial de tratamento médico ou qualquer outro que seja, a meu ver, seria discriminação. (T1);

Talvez, pode ser que aumente a discriminação porque o atendimento médico é universal tanto para Branco e negro. (T2);

Sim, é importante para que haja maior conhecimento não somente entre a comunidade mais sim entre todos os profissionais. (T3).

A seguir, três opiniões distintas dos enfermeiros:

Não há necessidade de implementação/implantação, justamente porque o doutrina do SUS é clara tratar a todos sem distinção, ele é universal. (E1);

Talvez haja, porque melhoraria o atendimento à população negra. Apesar de achar que a assistência em muitos lugares não se deferência de raça, poder aquisitivo ou religião. (E2);

Sim, porque algumas doenças são prevalentes na população negra, e com uma política nacional voltada a esse público alvo teríamos um melhor controle. (E3).

Em relação aos médicos, segue o ponto de vista de dois profissionais:

Não. Tratamento diferencial confronta o princípio de igualdade do SUS. (M1);

Sim. Justamente para melhorar a assistência a essa população. (M2)

Em relação ao conhecimento destes profissionais em algum caso de discriminação no qual tenha acompanhado ou os relatado, observa-se na tabela 4 que em sua maioria os profissionais alegam nunca ter vivenciado ou conhecer algum caso de discriminação nos serviços de saúde, e um valor mínimo de 33% comprovado pelo percentual de agentes comunitários de saúde que alegaram já ter vivenciado ou conhecer alguém que passou por uma situação de discriminação no SUS.

Tabela 4. Distribuição da amostra sobre a vivência ou conhecimento de alguém que já foi discriminado no sistema único de saúde, maio de 2009.

População	Sim	%	Não	%	Total
ACS	3	33	6	67	100%
Téc. Enf.	1	11	8	89	100%
Enfermeiro	2	20	8	80	100%
Médico	0	0	6	100	100%

Aos seis profissionais que responderam sim se questionou a forma de tratamento diferenciado que já acompanharam ou vivenciaram. Abaixo é descrito o relato dos profissionais que responderam a questão.

Agentes comunitários:

Sim. Porém em outras unidades de saúde. (A1).

Enfermeiros:

Nesta unidade de saúde não presenciei ainda. Mas já tive a oportunidade de presenciar tratamento diferenciado por parte dos médicos em hospital a qual já trabalhei, (principalmente pobres/ricos). (E1);

É comum aparecer na unidade pessoas que não são da área, com encaminhamento para atendimento facilitado. Vai de cada enfermeiro acatar ou não a determinação imposta. (E2).

Discussão

A maioria dos profissionais entrevistados trabalha a mais de um ano nas unidades de saúde da família, tempo que coincide com a aprovação da política. Evidencia-se que o desconhecimento da PNSIPN, provavelmente não se justifica pelo tempo de atuação destes profissionais nas equipes de saúde da família do município.

Esta política está embasada nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana (art.4º, inc. II e III), do repúdio ao racismo (art.5º). É igualmente coerente com o objetivo de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”.⁸

Esta política trata-se, de uma política transversal com gestão e execução compartilhadas entre as três esferas de governo e que deverá atuar articulada às demais políticas do MS, é necessária que incluam a adoção de estratégias operacionais, ações e metas para o cumprimento pelos estados, Distrito Federal e municípios a fim de ampliar o acesso da população negra aos serviços do SUS.⁹

Como foi visto nos resultados da tabela 3, a grande maioria dos profissionais de saúde relataram que a dificuldade de implantação da política é devido à falta de interesse dos gestores, seguido de falta de conhecimento dos próprios profissionais. De fato, a responsabilidade em fazer com que a política de saúde chegue aos municípios e estratégias de saúde da família é responsabilidade do governo. Porém, destaca-se o próprio desconhecimento destes profissionais, e sabe-se o Programa de Saúde da Família assim, como qualquer outro serviço do SUS, precisam de aperfeiçoamentos e qualificações rotineiramente para que possam atender as necessidades de toda a população. Entre as responsabilidades do gestor municipal, podem ser destacados alguns pontos a serem considerados, para que se possa obter um melhor esclarecimento a respeito das dificuldades de implantação de políticas de saúde, mais especificamente a PNSIPN, que é de responsabilidade municipal “garantir a inserção desta política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde” assim como “elaborar materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra”.⁸

Quanto à justificativa dos profissionais para a não necessidade de implantação/implementação da PNSIPN, cabe fazer uma breve contextualização sobre os princípios do SUS o qual foi bastante citado como justificativa das respostas. Conforme o princípio da universalidade o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais, porém em contrapartida com o princípio da universalidade vem o objetivo do princípio da equidade que visa diminuir as desigualdades, atender as necessidades de cada pessoa, pois não somos iguais, temos necessidades diferentes. Portanto, a equidade trata desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência social e econômica é maior, sendo assim os serviços de saúde precisam estar atentos para saber onde a necessidade da população é maior, trata de justiça social. Com isto compreende-se que a PNSIPN trabalha onde a necessidade é maior, como já citado anteriormente existem doenças prevalentes nesta população, a morbi-mortalidade de crianças, jovens e adultos tem percentual maior na população negra.

O estudo mulheres e homens negros: saúde e morte, analisou dados do ano de 1999 e evidencia que quando comparados as taxas de óbitos dos homens pretos e brancos, verifica-se entre os pretos a maior taxa de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, doenças endócrinas e metabólicas, transtornos mentais, doenças do aparelho circulatório e causas externas.¹⁰

Não se trata apenas de não acesso a serviços de saúde, mas de um atendimento inadequado, ineficaz e discriminatório no interior do sistema de saúde que, a priori, deveria atender a todos igualmente com qualidade. As falas dos usuários descritas em determinado estudo são contundentes na expressão do racismo no atendimento aos usuários não-brancos. Os usuários relatam o descaso por parte de médicos e outros agentes de saúde que, por exemplo, afirmam que “preto deve morrer em casa”, destratando uma usuária de 54 anos; assim como o caso de uma criança que tinha sarna, sendo que a médica sequer a examinou nem ouviu a mãe afirmar que a criança, negra, não tinha qualquer contato com animais; de uma mulher que ao queixar-se de problemas à ginecologista não foi examinada por esta; de uma vítima de assalto sendo tratada como assaltante; dentre outros relatos.¹¹

Esta política trabalha principalmente com o princípio da equidade. O princípio da equidade constitui-se numa operação de justiça social. Em termos de direitos humanos- sistemas de valores éticos, hierarquicamente organizados de acordo com o meio social, que tem como fonte de medida a dignidade do ser humano, aqui definida pela concretização do valor supremo da justiça.¹²

Nem todas as igualdades são idênticas e nem todas as desigualdades são injustas. O direito à diferença é, portanto, fundamental na superação das iniquidades e na efetivação da igualdade.¹³

Ao perguntar aos profissionais se já vivenciaram alguma situação de discriminação racial, seja por relato ou visualização obtivemos um percentual mínimo, 33% evidenciado pelo ACS disseram ter vivenciado algum tipo de discriminação, e um percentual de 100% para os médicos que alegaram nunca ter vivenciado qualquer tipo de discriminação racial nos serviços de saúde. Apesar de haver um percentual máximo de 100% evidenciado pelo profissional médico, que disseram nunca ter presenciado tratamento diferenciado para a população negra observa-se em outros estudos o contrário, justamente quando o autor da discriminação é o médico, tem-se maior queixas de discriminação.

Por fim, as ações desenvolvidas para garantir a atenção integral à saúde da população negra não devem estar vinculadas à perspectiva assistencialista ou compensatória de combate à pobreza, mas a políticas como o SUS, que reconhecem a necessidade de atenção às diferenças, às desigualdades sociais e raciais (dentre outras) sem incorrer no equívoco de ações focalizadas. Tais ações ou políticas focalizadas, especialmente quando direcionam o financiamento das políticas públicas de forma restritiva aos pobres, determinadas por questões que aqui não foram aprofundadas, mas que, sabemos, reforçam desigualdades ao invés de combatê-las. A PNSIPN, ao contrário da focalização, aperfeiçoa os eixos prioritários, as diretrizes estratégicas e princípios definidos pelo SUS, confirmando uma política universal, o Sistema Único de Saúde. Podemos afirmar que as ações aqui apresentadas realizadas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo evidenciam isso.¹¹

Conclusão

Como visto, a maioria (76,47%) dos sujeitos da pesquisa trabalha há mais de 1 ano nas unidades, poucos conhecem a política em questão (23,52%), maior parte (85,29%) alega que essa política não está implementada na equipe que pertence, apesar de 55,88% acharem necessário sua implementação. Dentre as dificuldades de ser implementada os sujeitos relatam ser falta de interesse dos gestores e falta de conhecimento, e grande parte (82,35%) alegam nunca ter vivenciado ou conhecer algum caso de discriminação nos serviços de saúde.

Os resultados mostraram que as políticas aprovadas pelo MS nem sempre entram em vigor nos municípios. Não foi identificado o porquê desta dificuldade, porém de acordo com os profissionais pesquisados esta política não é implantada/implementada porque há falta de interesse dos gestores subsequente a falta de conhecimento pelos profissionais.

Embora ainda desconhecida para grande parte dos profissionais estudos, destaca-se que entre os conhecedores houve relato de necessidade de sua efetivação, devido às desigualdades existentes, para que a população negra possa ser mais bem assistida.

Destaca-se ainda que embora o ACS seja profissional que trabalha mais diretamente com a população, ainda não entendem de forma abrangente a PNSIPN como uma forma de prevenção e melhoria nos atendimento público de saúde.

Para a efetivação desta política nos estados e municípios, é necessária a capacitação dos profissionais das ESF, com a educação permanente destes trabalhadores onde possa atentar-se para a forma de atendimento que estão utilizando, assim como analisar onde a necessidade é maior, quando falamos em doenças prevalentes da população negra.

Referências

1. Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(5): 1595-601.
2. Maio MC, Monteiro S. Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. 2005; 12(2):419-46.
3. Almeida-Filho N. Social Inequalities and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. *Social sci med*. 2004; 59(7): 1339-53.
4. Barbosa MIS, Fernandes VR. Afirmando a saúde da população negra na agenda das políticas públicas. In: Batista, Luís Eduardo; Kalckmann, Suzana. *Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2005.
5. Cruz ICF. A sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. *Rev esc enferm USP*. 2004; 38(4): 448-57.
6. Kalckmann S, Santos CG, Batista LE, Cruz VM. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? . *Saúde soc*. 2007; 16(2): 146-55.
7. Loureiro MM, Rozenfeld S. Epidemiologia de internações por doença falciforme no Brasil. *Rev saúde pública*. 2005; 39(6): 943-9.
8. Brasil MS. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - SEPPIR. *Política Nacional da saúde Integral da População Negra*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
9. Brasil MS. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Plano Operativo*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

10. Bepa. Saúde da População Negra no Estado de São Paulo: Suplemento 6 do Boletim Epidemiológico Paulista. São Paulo: Bepa; 2006.
11. Batista LE, Monteiro RB. Política de Saúde da População Negra no Estado de São Paulo: focalizando para promover a universalização do direito à saúde? Bol. Inst. Saúde. 2010; 12(2): 172-8.
12. Saúde SM. Coordenação de Epidemiologia e Informação | CEInfo. Análise do Quesito Raça/Cor a partir de Sistemas de Informação da Saúde do SUS". São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2011.
13. Lopes F. Vamos fazer um teste: qual é a sua cor? A importância do Quesito Cor na saúde. In: Batista LE. Saúde da população negra no Estado de São Paulo. São Paulo: CVE; 2007.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2012-07-23

Last received: 2012-08-30

Accepted 2012-09-12

Publishing: 2012-09-24

Corresponding Address

Rogério Ferrari

rogerioferrari_5056@hotmail.com