



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

Roberta Georgia Sousa dos Santos

**Atenção Primária à Saúde da População Negra: Perspectiva do Enfermeiro na Cidade
de Nova Iguaçu-RJ – uma análise compreensiva.**

Rio de Janeiro
Dezembro/2012

ROBERTA GEORGIA SOUSA DOS SANTOS

Atenção Primária à Saúde da População Negra: Perspectiva do Enfermeiro na Cidade de Nova Iguaçu-RJ – uma análise compreensiva.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dr^a Florence R. Tocantins

Rio de Janeiro
Dezembro/2012

ROBERTA GEORGIA SOUSA DOS SANTOS

Atenção Primária à Saúde da População Negra: perspectiva do Enfermeiro na cidade de Nova Iguaçu-RJ – uma análise compreensiva.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Prof. Dr^a Florence Romijn Tocantins – UNIRIO

1º Examinador

2º Examinador

3º Examinador

Santos, Roberta Georgia Sousa dos.

S237 Atensão primária à saúde da população negra : perspectiva do enfermeiro na cidade de Nova Iguaçu-RJ – uma análise compreensiva / Roberta Georgia Sousa dos Santos. 2012.

51f. ; 30 cm

Orientador: Florence R. Tocantins.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

AGRADECIMENTOS

À Deus por iluminar meu caminho e me dar forças para seguir sempre em frente;

Aos meus pais e familiares, por estarem sempre presentes e me incentivarem a persistir em meus objetivos;

À professora e orientadora Florence R. Tocantins, por sua dedicação e preocupação, pelas dicas extremamente úteis, pelo apoio e incentivo em todos os momentos, pelo convívio tão enriquecedor e, sobretudo, pela grande contribuição em minha vida acadêmica e profissional;

Aos professores, Dr^a Isabel Cristina Fonseca Cruz, Dr^o Wellington Mendonça de Amorim, Dr^a Sonia Regina de Souza, Dr^a Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas e Dr^a Joanir Pereira Passos por terem gentilmente aceitado fazer parte de minha banca e pelas sugestões extremamente valiosas que me foram dadas e que em muito contribuíram para a execução deste trabalho;

A todos os meus amigos que colaboraram (presentes ou não) para a elaboração desta dissertação; e

A toda a equipe do local de estudo que tão bem me acolheu e contribuiu para a realização deste trabalho.

RESUMO

SANTOS, Roberta Georgia Sousa. **Atenção Primária à Saúde da População Negra: Perspectiva do Enfermeiro na Cidade de Nova Iguaçu-RJ – uma análise abrangente.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro, 2012.

A presente dissertação é resultado de interesse profissional em elucidar inquietação enquanto profissional de saúde e mais especificamente do enfermeiro atuante no contexto da atenção primária e a saúde da população negra. Este estudo tem como objetivos, identificar as ações profissionais desenvolvidas pelos enfermeiros na atenção primária à saúde da população negra no contexto da Estratégia Saúde da Família; e analisar abrangentemente as ações desenvolvidas pelo enfermeiro na atenção primária como estratégia para o acesso e consumo a assistência à saúde pela população negra. A metodologia utilizada foi de abordagem qualitativa com apoio do referencial teórico-metodológico da fenomenologia de Alfred Schütz. Os sujeitos foram 10 enfermeiras que atuam no contexto da Estratégia Saúde da Família. As entrevistas ocorreram nas Unidades de Saúde da Família da Unidade Regional do Governo de Cabuçu, Nova Iguaçu-RJ. O instrumento utilizado durante as entrevistas continham perguntas referentes à situação biográfica dos entrevistados, as atividades desenvolvidas quanto a questão de acesso e consumo de serviços de saúde pelos usuários do grupo da população negra. As enfermeiras ao serem questionadas sobre a realização de ações específicas para usuários do serviço, integrantes da população negra, relataram não realizá-las por considerar que devem tratar todos os indivíduos com igualdade. O foco da prática profissional está no fisiológico e orgânico (corpo físico, sem pele), e não nas dimensões – determinantes e condicionantes – sociais e de saúde deste grupo da população. Sem a ‘pele’ todos os indivíduos no corpo físico são iguais e o modelo técnico assistencial passa a predominar – ou seja, as intervenções profissionais ocorrem a partir da doença ou agravo apresentado. Desta forma, determinantes e condicionantes - sociais e de saúde, que fazem parte do mundo da vida do indivíduo, não integram o processo de atenção e assistência à saúde da população negra. A prática de saúde, preocupada com os direitos do cidadão, é pensada num sentido mais amplo como um tipo de intervenção em que as relações são estabelecidas na medida em que se revê o objeto da prática, e automaticamente os meios de trabalho se reorientam. Há potencial da ESF para o desenvolvimento de práticas de saúde voltadas para a população negra, que possibilite romper estigmas e que garanta o acesso e consumo dos serviços de saúde promovendo a equidade. No âmbito da Gestão Municipal os achados revelados nesta pesquisa contribuem provocando uma reflexão sobre a importância de instituir a educação permanente sobre as práticas assistenciais e a organização do serviço abordando a temática saúde da população negra, ampliando assim as possibilidades de consolidação da PNSIPN no contexto da atenção primária.

Descritores: equidade em saúde, atenção primária a saúde, grupo com ancestrais do continente africano; população negra.

ABSTRACT

SANTOS, Roberta Georgia Sousa. **Primary Attention to the African Brazilian Population's Health: the Nurse Perspective in the City of Nova Iguaçu-RJ – a comprehensive analysis.** Dissertation (Master's in Nursing). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro, 2012.

The present dissertation is a result of the professional interest in elucidating uneasiness as a health professional and more specifically, as a nurse acting in the scope of the primary attention and African Brazilian population's health. This study aims to identify the professional actions developed by nurses in the primary attention to African Brazilian Population's health in the scope of the Family Health Program; and to analyze comprehensively the actions developed by nurses in the primary attention as a strategy for access and consumption of health assistance by the African Brazilian population. The methodology used was the qualitative approach with the support of the theory and methodological framework of Alfred Schutz's phenomenology. The subjects were 10 nurses acting in the scope of the Family Health Program. The interviews took place in the Health Family Units of the Regional Unit of the Cabuçu Government, in the city of Nova Iguaçu-RJ (Br). The instrument used to develop the interviews had questions related to the biographical situation of the interviewed and to the activities developed as related to the matter of access and consumption of health services by the African Brazilian group users. When questioned about the specific actions for the service users, who belong to the African Brazilian population, the nurses reported they did not develop any specific action, once they consider all the individuals must be equally treated. The focus of the professional practice is at the physiology and organic aspects (a physical body, regardless the skin color), and not related to the determining and conditioning social and health dimensions of this population group. When considering 'skinless' all the individuals they are equal as regarded to their physical body, and the technical attending model prevails – that is, the professional interventions, occur from the illness or compound showed. In this way - determinants and conditionings, as social and health related, and which are part of the individual's life world, do not integrate care and assistance process to the African Brazilian group population's health. Health practice, worried with the citizens' rights, must be thought in a wider sense, as a kind of intervention in which the relations are established in an extent that the professional practice object is reviewed and, automatically, reorienting the work means. The Health Family Program has potential to develop the health practices concerning the African Brazilian population, which may break stigmas and assure the access and consumption of health services promoting equality. In the scope of the Municipal Management, the findings of this research contribute leading to an afterthought about the importance of establishing permanent training about the attendance practices and the service organization approaching the theme of African Brazilian population's health, broadening the possibilities of consolidation for the Brazilian National Health Policy for the African Brazilian Population in the scope of primary attention.

Descriptors: Equity in health; Primary Health Care; African Continental Ancestry Group.

RESUMEN

SANTOS, Roberta Georgia Sousa. **Atención Primaria de Salud de la Población Negro: Perspectiva de la enfermera en la ciudad de Nova Iguaçu, Río de Janeiro - un análisis integral.** Disertación (Maestría en Enfermería). Programa de Pós Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro, 2012.

Esta disertación es resultado de interés profesional en la aclaración de cuidado como el cuidado de la salud y más específicamente la enfermera que trabaja en el contexto de la atención primaria y la salud de la población negro. Este estudio tiene como objetivo identificar las acciones desarrolladas por los profesionales de enfermería en la atención primaria de la salud de la población negro en el marco de la Estrategia Salud de la Familia, y de forma global analizar las acciones realizadas por enfermeras en la atención primaria como estrategia para el consumo y el acceso a la atención salud de la población negro. La metodología fue cualitativo con el apoyo de la fenomenología teórica y metodológica de Alfred Schutz. Los sujetos fueron 10 enfermeras que trabajan en el marco de la Estrategia de Salud de la Familia. Las entrevistas se llevaron a cabo en las Unidades de la Unidad de Salud de la Familia de la Junta de Comunidades de Cabuzu, Nova Iguaçu, RJ. El instrumento utilizado en las entrevistas contenía preguntas relativas a la situación biográfica de los encuestados, las actividades llevadas a cabo como una cuestión de acceso y uso de servicios de salud por los usuarios del grupo de personas de raza negra. Enfermeras para ser interrogado sobre la realización de acciones específicas para los usuarios del servicio, miembros de la población negro, publicados no les hago porque creo que deberían tratar a todos los individuos por igual. El objetivo de la práctica es en el (cuerpo físico sin piel) fisiológica y orgánica, no en tamaño - la determinación y aire - y la salud social de este grupo de población. Sin la "piel" todas las personas son iguales en el modelo físico y la asistencia técnica que ha de prevalecer - es decir, las intervenciones se producen por enfermedades o lesiones profesionales presentados. Por lo tanto, la determinación y condicionamiento - Servicios sociales y de salud, que forman parte del mundo de la vida del individuo, no es parte del proceso de atención y cuidado de la salud a la población negro. La práctica de la salud, preocupados por los derechos del ciudadano, se piensa de manera más amplia como un tipo de intervención en la que se establecen las relaciones en ese examen si el objeto de la práctica, y los medios para reorientar el trabajo de forma automática. Existe un potencial para el desarrollo de las prácticas de salud FHS dirigidas a la población negro, lo que permite romper los estigmas y garantizar el acceso y el consumo de justicia promoción de la salud. Bajo la Administración Municipal reveló los resultados de este estudio contribuyen reflexión estimulante sobre la importancia de establecer la formación continua en las prácticas de salud y la organización del servicio de abordar la cuestión de la salud de la población negro, ampliando así las posibilidades de consolidación de la política nacional de salud integral de la población negro en el contexto de la atención primario.

Palabras clave: equidad en salud, atención primaria de salud, grupo de ascendencia continental africana, población negra.

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Divisão Administrativa da Cidade de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro.	29
Figura 2 - Unidades de Saúde na Unidade Regional do Governo de Cabuçu.	30
Figura 3 – Percentual de Pessoas Negras e Pardas na Região Metropolitana do RJ – 2000	31
Figura 4 – Saúde como Direito e Equidade	41
Figura 5 – Modelo Técnico Assistencial.	44

LISTA DE QUADROS

Pág.

Quadro 1 - Característica da População Residente na Cidade de Nova Iguaçu – Cor ou Raça.	30
Quadro 2 – Características das Unidades de Estratégia Saúde da Família de Cabuçu.	31
Quadro 3 - Caracterização dos Enfermeiros Entrevistados.	35
Quadro 4 – A Prática Profissional e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.	37

SUMÁRIO

	Pág.
1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Questão Norteadora	17
1.2 Objetivos	18
1.3 Justificativa	18
2. MARCO CONCEITUAL	20
3. ABORDAGEM TEÓRICO METODOLÓGICA	25
3.1 A Sociologia Fenomenológica de Alfred Schutz	25
3.2 Trajetória Metodológica	28
3.2.1 Cenário	28
3.2.2 Sujeitos	32
3.2.3 Instrumentos	32
3.2.4 Coleta de Dados	32
3.2.5 Análise dos dados	33
3.2.6 Aspectos Éticos	33
4. RESULTADO E DISCUSSÃO	35
4.1 Situação Biográfica dos Profissionais Entrevistados	35
4.2 Prática Profissional e a Experiência com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.	36
4.3 Ações desenvolvidas por enfermeiras junto a usuários do serviço, integrantes da população negra.	38
4.4 Análise compreensiva do “típico do porquê” das enfermeiras não realizarem ações específicas para o grupo da população negra.	41
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	45

REFERENCIAS	47
APÊNDICE I – Roteiro de Entrevista	52
APÊNDICE II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	53
ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	54

1. INTRODUÇÃO

Minha trajetória como servidora da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de Nova Iguaçu iniciou-se em setembro de 2009, quando fui aprovada em um processo seletivo realizado por esta cidade. Fui aprovada como Enfermeira para atuar na Estratégia de Saúde da Família, mas fui lotada na função de apoio técnico institucional no Departamento de Atenção Básica (DAB), desde junho de 2012 atuo como Superintendente do DAB.

No decorrer de minha atuação, no ano de 2010 fui representante do DAB no Comitê de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (não participo mais desde junho de 2012), convidada a representar a saúde no Conselho Municipal do Direito do Negro e em um Grupo de Trabalho para atuar no Programa de Identificação, Demarcação e Titulação Fundiária de Terras Ocupadas por Remanescentes de Quilombo.

O GT reúne uma série de ações direcionadas à criação de estratégias para resgatar e preservar a história, memória e cultura do povo negro e população remanescente de comunidades quilombolas ou descendentes de negros escravos, na cidade de Nova Iguaçu; Fortalecer a luta pela garantia dos direitos das comunidades negras em defesa dos quilombos e locais de resistência cultural; Consolidar acordos de cooperação técnica e convênios, se necessários, entre entes (Federal, Estadual e Municipal) para agilizar as ações de regularização fundiária e Garantir a participação de profissionais, universidades, entidades da sociedade civil, através do Grupo de Trabalho “Quilombar”, que é responsável pela implementação, acompanhamento, avaliação e registros das ações a serem desenvolvidas.

A representação institucional da Atenção Primária no grupo se justifica como forma para garantir a adoção de mecanismos de planejamento para promover saúde para a população remanescente de comunidades quilombolas assim que estes grupos forem identificados. Destaca-se que a PNSIPN apresenta como um dos seus objetivos específicos, garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde (BRASIL, 2010, p. 19).

Considerando a participação no Grupo como representante da área da saúde, iniciei uma busca a documentos governamentais, manuais, protocolos e artigos científicos que abordassem a temática saúde da população negra. Nesta busca encontrei e li a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra pela primeira vez. Leitura essa que foi a base de minhas inquietações profissionais enquanto enfermeira. Considerando minha trajetória da graduação até o momento em que iniciei a busca, por questões profissionais, percebi que

nunca antes havia refletido sobre a questão saúde da população negra e como este grupo da população é atendido / assistido na atenção primária.

Durante as leituras sobre a temática foi possível perceber que não haviam estudos voltados para a prática dos profissionais que atuam na Atenção Primária a Saúde (APS), justamente o contexto no qual estou inserida. Como parte deste estudo, uma revisão integrativa foi realizada tendo como questão central “Como a equidade na atenção a saúde da população negra é debatida no contexto da Atenção Primária”? No processo de busca foram identificados vinte e cinco publicações. Ao realizar a leitura destas publicações na íntegra, cinco foram identificados como documentos governamentais e cinco como artigos científicos. Destaco que nenhum estudo apresentou resposta à questão do estudo (SANTOS, TOCANTINS, 2012).

Como durante este período atuava como apoio técnico institucional e dentre as minhas atribuições estava ajudar as equipes na gestão e organização de seus processos de trabalho, foi possível realizar a observação e o despertar para a questão de que no processo de organização do trabalho não se discutia a questão de doenças prevalentes na população negra, a efetivação da equidade em saúde como possibilidade de promover o acesso e consumo de saúde por grupos da população em situação de vulnerabilidade em especial a população negra.

Sendo assim, a presente dissertação é resultado de interesse profissional em elucidar inquietação enquanto profissional de saúde e mais especificamente do enfermeiro atuante no contexto da atenção primária e a saúde da população negra, e aborda a prática profissional do enfermeiro no serviço de atenção primária a saúde da população negra como objeto de estudo. A temática saúde da população negra é um campo de estudos, pesquisas e assistência reconhecido do ponto de vista político, cujas bases científicas são inegáveis, mas que ainda se encontra em construção e com dificuldades que impedem sua afirmação junto às escolas de saúde (BRASIL, 2010).

A cor dos brasileiros segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é definida no censo demográfico através de cinco classificações: branco, preto, pardo, indígena e amarelo, onde o sujeito possui a autonomia para autodeclarar sua cor. Tendo como base esta classificação os indivíduos brancos são aqueles de aparência e de pele clara, pretos aqueles de pele bem escura, amarelos são os asiáticos (japonês, chinês e coreano), pardos os de pele mais clara (filhos de branco e preto, indígena e preto e indígena e branco) e indígena o indivíduo descendente de índios brasileiros. Diante desta definição vale ressaltar que esta classificação

leva em consideração a autodeclaração e que a população negra é o somatório de indivíduos autodeclarados pretos e pardos (GIOVANETTI, 2007).

A equidade foi estabelecida como um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), na Lei Orgânica de Saúde, em 1990, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Este princípio estabelece que, todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde; como, no entanto, o Brasil contém disparidades sociais e regionais, as necessidades de saúde variam.

O conceito de equidade em saúde, no entanto, propõe igualdade de acesso segundo as necessidades de cada um com o intuito de garantir direitos diferenciados (VIANNA *et al* , 2001). Grupos em posição socioeconômica inferior têm condições materiais menos favoráveis e, por isso, frequentemente, enfrentam mais barreiras à adoção de comportamentos saudáveis.

O princípio da equidade se assentou em, reduzir a iniquidade (injustiça) de acesso e, com isso, fazer frente aos determinantes sociais do processo saúde-doença. Para enfrentar as iniquidades em saúde, no entanto, é necessário que os governos atinjam através de políticas sociais mais amplas os determinantes estruturais de saúde, ou seja, aqueles que são procedentes da estratificação social (OMS, 2005).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra define os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão, voltados para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população. Inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra (BRASIL, 2010).

Ela se insere na dinâmica do SUS, por meio de estratégias de gestão solidária e participativa, que incluem: utilização do quesito cor na produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomada de decisão; ampliação e fortalecimento do controle social; desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho, nos processos de formação e educação permanente de profissionais; implementação de ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial (BRASIL, 2010).

O Brasil, por uma questão de organização do sistema de saúde e redirecionamento da rede de cuidado, incorpora os princípios da Conferência de Alma-Ata no nível da Atenção Básica. Na Portaria nº 2488/GM/MS de outubro de 2011, Atenção Básica (AB) é definida como:

conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde [...] É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011).

Dentre as características que devem estar presentes no processo de trabalho das equipes que atuam na Atenção Básica, destacam-se duas que podem contribuir muito para o acesso e consumo dos serviços de saúde pela população negra, ou seja, a promoção da equidade em saúde. São elas: programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência; e desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica utiliza a Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, é a que mais se aproxima de um dos fundamentos propostos pela política onde é possibilitando o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade.

A Estratégia Saúde da Família propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada (SOUZA, 2000).

Como porta de entrada preferencial da população no sistema de saúde, a ESF deve realizar todas as ações propostas pelo SUS para alcançar sua população adstrita com ações de saúde, dentre essas ações encontra-se a implementação de estratégias que busquem alcançar a

equidade nas necessidades de saúde da população negra em sua especificidade. Como a política é relativamente nova, a produção de estudos sobre as ações que são desenvolvidas em algumas unidades de saúde podem contribuir para o despertar e para realização dessas ações por outros profissionais.

A Portaria nº 2488/GM/MS de 21 de outubro de 2011 descreve como atribuições específicas do enfermeiro as seguintes atividades: realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) em conjunto com os outros membros da equipe; contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade básica de saúde (BRASIL, 2011).

O enfermeiro participa como um integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde garantindo a universalidade de acesso aos serviços de saúde e a integralidade da assistência (COFEN, 2007).

1.1 Questão norteadora

Como o enfermeiro que atua na Atenção Primária, no contexto da Estratégia de Saúde da Família focaliza a atenção a saúde da população negra.

1.2 Objetivos

- ✓ Identificar as ações profissionais desenvolvidas pelos enfermeiros na atenção primária à saúde da população negra no contexto da Estratégia Saúde da Família;
- ✓ Analisar compreensivamente as ações desenvolvidas pelo enfermeiro na atenção primária como estratégia para o acesso e consumo a assistência à saúde pela população negra.

1.3 Justificativa

Na sociedade brasileira em que vivemos, com profundas desigualdades, a conquista da universalidade dos serviços tem se mostrado insuficiente para assegurar a equidade, pois, ao subestimar as necessidades de grupos populacionais específicos, contribui para agravar quadro das condições do acesso e consumo dos serviços de saúde pela população negra (BRASIL, 2001).

É nesta conjuntura social e política que adquire maior destaque o debate sobre a criação de um campo de pesquisa e de intervenção voltado para a saúde da população negra, que inclui a produção de conhecimento científico, a capacitação de profissionais de saúde, a divulgação de informações para a população e a atenção à saúde.

Para o presente estudo destacam-se os componentes de produção do conhecimento científico e atenção a saúde. O primeiro vem para a organização do saber disponível e produção de conhecimentos novos, de modo a responder a dúvidas persistentes e dar conseqüência à tomada de decisões no campo da saúde da população negra, sistematizar a informação bibliográfica sobre estudos e pesquisas nacionais e internacionais, de interesse para a saúde da população negra, dando ampla divulgação através de publicações técnicas impressas e eletrônicas. O segundo para inclusão de práticas de promoção e educação em saúde da população negra nas rotinas assistenciais e facilitação do acesso em todos os níveis do sistema de saúde.

Focalizar a saúde da população negra nas ações programáticas em todas as áreas de abrangência do SUS, com ênfase na Estratégia Saúde da Família, contribui para assegurar e ampliar o acesso da população negra aos serviços, seja em casos de emergência ou de rotinas decorrentes de suas condições específicas de saúde, através da divulgação de informações

sobre a localização e as potencialidades das unidades públicas e privadas, bem como sobre as normas de funcionamento do SUS (BRASIL, 2001).

Respondendo aos questionamentos a respeito da relevância prática da pesquisa, afirmo que as informações e dados levantados e divulgados através desta pesquisa serão válidos para que os profissionais possam refletir a respeito da prática profissional que é exercida quanto a questão da saúde da população negra e a partir desta reflexão, se posicionar de acordo com as orientações da PNSIPN. Identifica-se a necessidade de abordar tal assunto porque, como descrito anteriormente, durante a busca de informações sobre a temática foi possível constatar a baixa produção científica e observar que os profissionais, mais especificamente os enfermeiros, não abordam/discutem a temática na organização do processo de trabalho e não realizam ações direcionadas a este grupo da população. E, dessa forma, entende-se que tanto a população, e mais especificamente os profissionais de saúde, poderão ampliar suas reflexões e consequentemente aumentar seu acervo de informações a respeito das recomendações da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra quanto à atenção primária à saúde, integrada a Estratégia Saúde da Família.

2. MARCO CONCEITUAL

Na perspectiva dos direitos humanos, a saúde é reconhecida como o conjunto de condições integrais e coletivas de existência, influenciado por fatores políticos, culturais, socioeconômicos e ambientais. Nesse sentido é impossível deixar de considerar o avanço inegável da instituição da saúde como direito de todos (as) e dever do Estado (artigo 196 da Constituição Federal), entretanto, a garantia legal ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde não tem assegurado a população negra no mesmo nível, qualidade de atenção e perfil de saúde apresentado pelos brancos. Indígenas, negros e brancos ocupam lugares desiguais nas redes sociais e trazem consigo experiências também desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer (LOPES, 2005).

Já em 1999, um estudo focalizava que o Brasil por ser um país formado por várias cores/raças e culturas, as características dos grupos em razão do propalado mito da democracia racial são desconhecidos. Esta homogeneização causa prejuízos às pessoas, uma vez que não se evidencia nem se aborda adequadamente os problemas pertinentes a cada grupo (CRUZ, LIMA, 1999).

Este cenário descreve consequências do racismo institucional que se constitui na produção sistemática da segregação étnico-racial nos processos e relações institucionais. Manifesta-se por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho, resultantes de ignorância, falta de atenção, preconceitos ou estereótipos racistas (BRASIL, 2010).

No censo IBGE 2010, a população brasileira está estimada em 190,8 milhões de brasileiros e desses 96,8 milhões (50,7%) se autodeclararam pretas ou pardas (sendo os pretos 14,5 milhões e pardos 82,3 milhões), 91,1 milhões se autodeclararam brancas (47,7%) e 2,9 milhões corresponde a população indígena e amarela (1,6%) . Foi a primeira vez na história do censo demográfico em que a população brasileira deixa de se declarar predominantemente branca, os dados adquiridos através do censo sugerem uma maior consciência dos brasileiros sobre o seu perfil étnico-racial.

No entanto, mesmo com a maioria de sua população declarada negra, o percentual de óbitos maternos de mulheres de cor parda foi 41,5% enquanto os óbitos das mulheres de cor branca foram de 12,3%. A taxa de mortalidade de crianças brancas diminuiu 43% enquanto o de crianças negras 25%. A esperança de vida ao nascer dos brancos é de 73,99 anos, enquanto que a dos negros (pretos e pardos) é de 67,87 anos. (FAUSTINO, 2012)

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é resposta do Ministério da Saúde às desigualdades sociais que acometem essa população. Essa resposta é fruto do reconhecimento dos processos que construíram e ainda constroem as condições de vida dessa população. O propósito principal desta política é garantir maior grau de equidade no que tange à efetivação do direito humano a saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência na população negra (BRASIL, 2010).

Diante a diversidade de cor/raça e culturas no Brasil, se faz necessário o reconhecimento de necessidades de saúde de indivíduos e familiares dos diferentes grupos da população de um determinado território, que, por sua vez, devem ser tomadas como objeto das práticas de saúde, para que essas sejam operacionalizadas em resposta às necessidades que as originaram, numa circularidade entre necessidades de saúde e trabalho em saúde. As necessidades de saúde não se restringem a necessidades médicas, de serviços de saúde, nem a problemas de saúde, mas dizem respeito a carência ou vulnerabilidades que expressam modos de vida e identidades.

Originário da área de Direitos Humanos, o termo vulnerabilidade designa, em sua origem, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia dos seus direitos de cidadania, estando vinculado a situações de inequidade e desigualdade social, expressas por meio de potenciais de adoecimento, ou não adoecimento, e de enfrentamento relacionados a indivíduos, grupos e a coletividade (AYRES *et al.*, 2003).

A vulnerabilidade é sempre definida na relação com o outro, seja o outro uma pessoa, um regime político ou um equipamento social. Ao considerar os indivíduos como unidades estatísticas independentes, ignora-se completamente a existência das relações sociais nas quais as representações, os comportamentos, os saberes e os modos de vida são produzidos (BRASIL, 2004). Em paralelo, e de modo complementar, ao desconsiderar que as desvantagens sociais e de saúde são fatores determinantes e condicionantes de vulnerabilidades, os profissionais contribuem decisivamente para os processos de vulnerabilização, especialmente no que diz respeito à população negra.

Para fins deste estudo a vulnerabilidade é reconhecida segundo três dimensões interdependentes: a) Vulnerabilidade individual, que diz respeito à ação individual de prevenção frente a uma situação de risco. Envolve aspectos relacionados a características pessoais (idade, sexo, raça, etc), ao desenvolvimento emocional, percepção do risco e atitudes voltadas à adoção de medidas de autoproteção; b) Vulnerabilidade programática, que se refere a políticas públicas de enfrentamento, metas e ações propostas nos programas e organização e

distribuição dos recursos; e c) Vulnerabilidade social que se refere a estrutura econômica, políticas públicas, em especial de educação e saúde, a cultura, ideologia e relações de gênero que definem a vulnerabilidade individual e programática (NICHATA *et al*, 2008).

Ao qualificar a vulnerabilidade como uma categoria multidimensional, faz-se necessário a intervenção sobre os fatores estruturais que determinaram ou determinam essa ou aquela condição de saúde. É necessário, pois, incorporar nas práticas individuais, nas ações programáticas e nas políticas, de forma efetiva e adequada, a diversidade cultural inter e intragrupos, as especificidades apresentadas por cada um seja devido a sua localização geográfica, a suas heranças culturais e étnicas, a sua faixa etária, ao fato de portar alguma deficiência ou patologia específica, entre outras (OLIVEIRA, SOUZA, 2004).

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 –doença falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase; b) adquiridos em condições desfavoráveis – desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, DST/HIV/Aids, mortes violentas, mortalidade infantil, 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 melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer e miomatoses. Essas doenças e agravos necessitam de uma abordagem específica como exigência da promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2010).

Reconhece-se que sempre houve grandes desigualdades em relação às diversas regiões do país, a grupos sociais, a aspectos raciais, de gênero e ainda com relação a uma série de outros aspectos.

A concepção de Equidade, por sua vez, representa o aprofundamento do princípio de igualdade formal de todos diante da lei. Com este entendimento implica que pessoas e coletivos que se encontram em circunstâncias especiais ou que são diferentes sejam tratados de forma especial ou diferente. Desta forma, no Brasil, país multi-étnico e multicultural, que reconhece essa diversidade na sua própria Carta Constitucional, a igualdade de direitos não pode representar a homogeneização de tratamento de indivíduos e de povos. Ao contrário, deve significar o reconhecimento das múltiplas originalidades, das diferenças que constituem as diversas identidades, com todas suas formas de expressão específicas. Assim, o tratamento equitativo requer uma adequação das práticas e serviços, em conformidade com tais diferenças (SOUSA, OLIVEIRA, 2004).

Nas ações dos serviços de saúde, tem-se buscado a redução dessas desigualdades com o Sistema Único de Saúde (SUS), que traz avanços, entre outros, no sentido da igualdade e da equidade.

O conceito de equidade em saúde ou na área da saúde foi formulado por Margaret Whitehead incorporando o parâmetro de justiça à distribuição igualitária (ESCOREL, 2001).

Segundo Escorel (2001) a equidade em saúde tem sido tratada segundo algumas dimensões: em relação às condições de saúde onde as doenças não se distribuem igualmente entre as camadas populares; existem variações biológicas (sexo, raça) que determinam as diferenças no adoecer e morrer e principalmente as diferenças socialmente determinadas por condições socioeconômicas que tornam certos grupos mais vulneráveis. Em relação ao acesso e utilização dos serviços de saúde, estes são entendidos como a possibilidade de consumir serviços de saúde de diferentes graus de complexidade por indivíduos com as mesmas necessidades de saúde (na atenção básica e demais níveis de atenção) e na qualidade dos serviços.

Escorel (2001, s.p) ainda diz que as pessoas são diferentes, têm necessidades diversas. Assim uma distribuição equitativa responde ao segundo elemento do princípio marxista “de cada um segundo suas capacidades, a cada um segundo suas necessidades.”

Para a Organização Mundial da Saúde (2005), equidade em saúde implica idealmente que qualquer pessoa possa ter oportunidades justas para alcançar seu completo potencial de saúde e, na prática, que se possam evitar desvantagens no alcance desse potencial.

Para Travassos e Castro (2008), a equidade pode ser analisada como vertical e como horizontal. Equidade vertical é entendida como desigualdade entre desiguais, ou seja, uma regra de distribuição desigual para indivíduos que estão em situações diferenciadas. A noção de equidade vertical é geralmente empregada em relação ao financiamento. Por exemplo, a progressividade no financiamento, isto é, a contribuição inversamente proporcional ao rendimento das pessoas representa uma situação de equidade vertical.

Equidade horizontal, por sua vez, corresponde à igualdade entre iguais, ou seja, uma regra de distribuição igualitária entre pessoas que estão em igualdade de condições. A equidade no acesso e utilização de serviços de saúde é abordada em relação à equidade horizontal e tem sido operacionalizada como “igualdade de utilização de serviços de saúde entre os grupos sociais para necessidades de saúde iguais”. Pode-se dizer que as normas que regem o SUS incorporam a definição de equidade horizontal, ou seja, acesso, utilização e tratamento igual para necessidades iguais (TRAVASSOS, CASTRO, 2008).

A ONG Criola (2010), que é uma organização da sociedade civil e atua na defesa e promoção de direitos das mulheres negras em uma perspectiva integrada e transversal, define equidade em saúde como agir de modo específico para a necessidade de cada indivíduo ou grupo. Ou seja, recorrer a ações que permitam compreender as diferentes necessidades e que disponibilizem soluções específicas ou dirigidas. Para agir com equidade é preciso conhecer as diferenças e as desigualdades existentes, e corrigir injustiças.

O termo equidade em saúde em umas das referências para literatura na busca de dados é descrita como que toda pessoa deve ter uma oportunidade justa para alcançar seu potencial pleno de saúde. Ela envolve criar oportunidades iguais para a saúde e trazer os diferenciais de saúde ao nível mais baixo possível. (Decs, 2012)

Estudos de equidade no uso de serviços de saúde constituem ferramentas para a avaliação da existência de desigualdades no processo de utilização dos serviços de saúde em situação de necessidade, que inclui desde o ato de procurar, ao acesso aos serviços e à obtenção do benefício, que irá se refletir, em última análise, na manutenção da saúde dos indivíduos. Dessa forma, fornece subsídios importantes para a formulação de políticas de saúde voltadas para a redução dessas iniquidades, por meio da identificação de subgrupos populacionais menos favorecidos e dos fatores envolvidos com o perfil de utilização por eles apresentado, permitindo a implementação de medidas direcionadas a estes fatores, como a diminuição de barreiras de acesso, possibilitando a manutenção da equidade no uso de serviços de saúde entre os diferentes grupos sociais. (PAVÃO, 2008)

3. ABORDAGEM TEÓRICO METODOLÓGICA

A abordagem utilizada foi a qualitativa por apresentar um caráter descritivo, pois este tipo de abordagem metodológica trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2011).

Para alcançar a compreensão da realidade humana vivida socialmente optou-se pelo referencial teórico e metodológico da fenomenologia sociológica de Alfred Schutz.

A fenomenologia, de acordo com Husserl, visa descrever as coisas nelas mesmas, tais como elas se manifestam à consciência. Ela visa desvelar aquilo que está presente naquilo que se mostra à consciência. Desse modo, não se caracteriza por ser um método com fins meramente práticos. Ela se propõe a uma compreensão e interpretação humana tal como ela é vivida e como se apresenta antes de se tornar objeto da percepção científica. Fundamentada no vivenciar a experiência, a fenomenologia sociológica valoriza a vivência que é única, pois, só o sujeito da ação pode dizer o que pretende sentir na relação com a mesma (DOMINGOS, 2011).

Em síntese, a fenomenologia preocupa-se com a realidade cognitiva que está incorporada nos processos das experiências humanas subjetivas (WAGNER, 2012).

3.1 A Sociologia Fenomenológica de Alfred Schutz

Alfred Schutz nasceu em Viena, em 1899, e faleceu em Nova York no ano de 1959. Estudou Direito e Ciências Sociais e durante seus anos de estudo interessou-se pelas Obras de Max Weber (1864-1920) e Edmund Husserl (1859-1938) (WAGNER, 2012).

Segundo Capalbo (1998), Schutz apropriou-se de conceitos básicos da fenomenologia de Husserl: intencionalidade, intersubjetividade e mundo da vida, tendo como eixo a volta ao núcleo essencial. Da Teoria da Ação Social de Weber, utilizou-se dos conceitos de compreensão, ação e do significado subjetivo para fundamentar filosoficamente as ciências sociais.

A partir dessas influências Schutz desenvolveu sua teoria voltando o seu olhar para o ator social em sua vida cotidiana, os significados de suas ações, seus interesses, projetos, intenções e expectativas. Essas características permitem afirmar que, no campo das ciências sociais a fenomenologia é considerada a sociologia da vida cotidiana. Essa abordagem busca

compreender o ser humano situado no seu mundo da vida, partindo da realidade concreta, ou seja, de suas experiências vivenciadas, em busca da essência do vivido (TOCANTINS, RODRIGUES, 1996).

Pela sua formação em Ciências Sociais Schutz tinha o propósito de estabelecer os fundamentos de uma sociologia compreensiva, e se dedicou a aprofundar as ideias de Husserl - da pretensão de uma filosofia sem pressuposições, tendo como ponto de partida as experiências do ser humano consciente, que vive e age em um “mundo” (WAGNER, 2012).

A fenomenologia sociológica de Alfred Schutz tem como fundamento que em toda ação que o sujeito desenvolve têm um sentido intencional e busca aí entender suas expectativas, suas metas na vida. Contudo este sentido e significado somente o próprio indivíduo pode desvelar (TOCANTINS, LIMA, 2009).

Para Schutz, nós vivemos num mundo cotidiano onde as nossas expressões indicam um mundo intersubjetivo. Ele é experimentado por mim e também por meu semelhante. É um mundo que existia antes de mim e continuará a existir depois de mim. Em suma, é um mundo de todos nós, onde nos relacionamos e nos comunicamos, seja de forma direta com os nossos contemporâneos ou, de forma indireta, com os nossos antecessores, ou sucessores (POPIM, BOEMER, 2005).

O mundo da vida constitui a esfera de todas as experiências, orientações e ações cotidianas, mediante as quais os indivíduos buscam realizar seus interesses e seus negócios a partir da manipulação de objetos, da interação com as pessoas, da elaboração de planos e da efetivação destes (WAGNER, 2012). O mundo da vida é a essência da ação social, pois é onde os homens entram em mútua relação, uns com os outros e consigo mesmo. Neste mundo, cada pessoa se insere de maneira própria segundo sua situação biográfica que é única, pessoal e individual. No entanto como afirma Domingos (2011), atores do mundo social, dispõem de uma série de conhecimentos que estão disponíveis e serão compartilhados com outros homens.

É a partir deste mundo da vida constituído que cada indivíduo encontra-se em uma “situação biográfica” que é construída pelas experiências, orientações e ações cotidianas que são peculiares a vida de cada indivíduo e acima de tudo vivenciado por cada um de maneiras diferentes.

A situação biográfica de cada um, que tem como característica fundamental o estoque de conhecimento (experiências vividas), influenciará nos motivos, na direção, enfim, no modo como cada pessoa ocupa o espaço da ação social (POPIM, BOEMER, 2005).

A ação social é a conduta humana projetada pelo ator de maneira consciente. Ela tem um significado subjetivo que lhe dá a direção, é projetada da consciência do ator, tem um propósito. Ela só poderá ser compreendida pelo seu significado, orientando-se para o passado, presente ou futuro de outra pessoa ou pessoas (SCHUTZ, 1974).

De acordo com Wagner (2012) motivo diz respeito a dois diferentes conjuntos de conceitos que devem ser distinguidos os “motivos para” e os “motivo porque”. Os “motivos para” é o fim que a ação deve promover, é o estado das coisas, existem sempre que o sujeito é indagado ou quando o próprio sujeito se pergunta, remete o homem para uma ação futura e está diretamente relacionado com a sua situação biográfica e o acervo de conhecimentos disponíveis no momento da projeção da ação. É uma categoria essencialmente subjetiva e revelada ao observador somente quando este pergunta qual o significado que o ator confere à sua ação (TOCANTINS, SOUZA, 1997). A meta deste questionamento é descobrir os motivos que estão impulsionando a ação humana e, ainda assim, cada unidade de ação humana é só um corte que o observador extrai do contexto social (PERES, 1999; POPIM, 2001).

A atuação do enfermeiro na atenção primária pressupõe uma atitude voltada para uma ação que tem em vista uma intencionalidade ao realizar ações profissionais direcionadas para a saúde da população negra, os “motivos para”. O acesso a esse significado pode ocorrer através de uma abordagem fenomenológica do social, a partir da análise das relações sociais entre sujeitos, ou seja, entre o enfermeiro e a população negra que acessa e consome serviços na atenção primária à saúde.

O “motivo porque” localiza-se em experiências passadas; essas experiências determinaram o projeto de ação do sujeito no mundo da vida, ou seja, condicionou o modo de agir. A ideia de alcançar determinado objetivo mediante uma ação é determinada (causada) por sua situação pessoal ou, mais precisamente, por sua história de vida, sedimentada em suas circunstâncias pessoais (WAGNER, 2012).

Wagner (2012) ainda cita que os “motivos porque” estão evidentes nos acontecimentos já concluídos. Eles explicam certos aspectos da realização do projeto da ação, portanto esta motivação tem uma direção temporal voltada para o passado. Na medida em que o ator volta suas reflexões para o seu passado, tornando-se assim um observador de seus próprios atos, é que se pode captar os “motivos porque”. São essas experiências passadas que determinaram com que ele agisse como agiu.

A meta do pesquisador social consiste em descobrir o “motivo para” e o “motivo porque” que estão fundamentados no ato humano. Para Schutz, os “motivos para” instigam a

realização da ação e, portanto, estão dirigidos para o futuro. Os “motivos porque” estão evidentes nos acontecimentos já concluídos, estão nos fatos e são imutáveis, porém, não esquecidos e influenciam as ações no presente (POPIM, BOEMER, 2005).

Assim, a meta do pesquisador consiste em descobrir os motivos – “porque” e “para” - que impulsionam e estão impulsionando a ação humana, lembrando que cada unidade desta ação é um recorte extraído do contexto social total (WAGNER, 2012).

Considerando esta perspectiva, visualiza-se a atenção à saúde da população negra como uma ação constituída por um projeto que traz em si o “motivo para” dos sujeitos que realizam esta ação que tem suas raízes no “motivo porque”, o qual por sua vez localiza-se na situação biográfica destes profissionais.

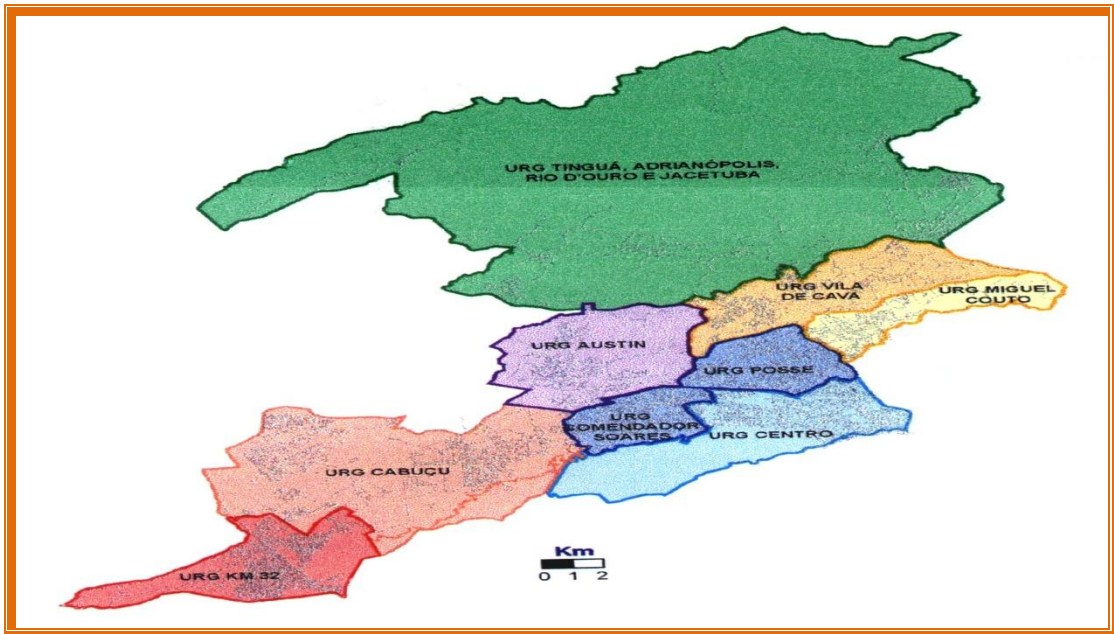
Os enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde constituem um grupo que sofrem influências de um mundo social, que permeiam suas ações quanto à atenção a saúde da população negra. Diante desta região de inquérito busca-se, através das motivações destes enfermeiros, realizar a análise de suas ações que emergem a partir da sua inserção no mundo da vida, revelando o significado frente a questões que envolvem a atenção primária a saúde da população negra.

3.2 Trajetória Metodológica

3.2.1 Cenário

O estudo foi desenvolvido em seis unidades de Estratégia de Saúde da Família em Nova Iguaçu, Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro. Em 1997, o município de Nova Iguaçu passou a denominar-se Cidade de Nova Iguaçu possui extensão de 521 Km² e foi dividido administrativamente em nove Unidades Regionais de Governo - URG's: Centro, Posse, Miguel Couto, Vila de Cava, Tinguá, Comendador Soares, Cabuçu, Austin e Km 32, que englobam 69 Bairros (NOVA IGUAÇU, 2012).

Figura 1 – Divisão Administrativa da Cidade de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, 2012.



Fonte: NOVA IGUAÇU, 2010.

Atualmente a Cidade de Nova Iguaçu segundo dados do IBGE (2010), possui uma população estimada de 767.505 habitantes e uma rede de atenção a saúde formada por 01 Hospital Geral; 01 Maternidade para partos de Alto Risco; 04 Unidades Mistas de Atenção Pré - hospitalar; 22 Unidades Básicas de Saúde; 33 Unidades com Saúde da Família no total de 60 equipes; 35 Equipes de PACS; 03 Postos de Saúde; 01 Centro de Saúde de Referência em Programas Especiais; 01 Unidade Especializada - Policlínica de Atendimento Ambulatorial Dom Walmor; 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III; 01 CAPS Infantil; 01 CAPS Álcool e Drogas; 03 Residências Terapêuticas; 03 Ambulatórios de Saúde Mental; 01 Programa Saúde do Trabalhador.

Considerando que o propósito deste estudo é analisar as ações voltadas para a saúde da população negra destaco que esse grupo da população apresenta-se como a mais representativa (55%) quanto à distribuição das características da população da Cidade de Nova Iguaçu no quesito cor/raça, conforme pode ser visualizado no Quadro 1.

Quadro 1 - Característica da População Residente na Cidade de Nova Iguaçu – Cor ou Raça.

Cor/Raça	Pessoas
População residente - cor ou raça - Branca	288.461
População residente - cor ou raça - Preta	112.692
População residente - cor ou raça – Parda	387.156
População residente - cor ou raça - Amarela	7.200
População residente - cor ou raça – Indígena	747
População residente - cor ou raça – Sem declaração	1

Fonte: IBGE, 2010

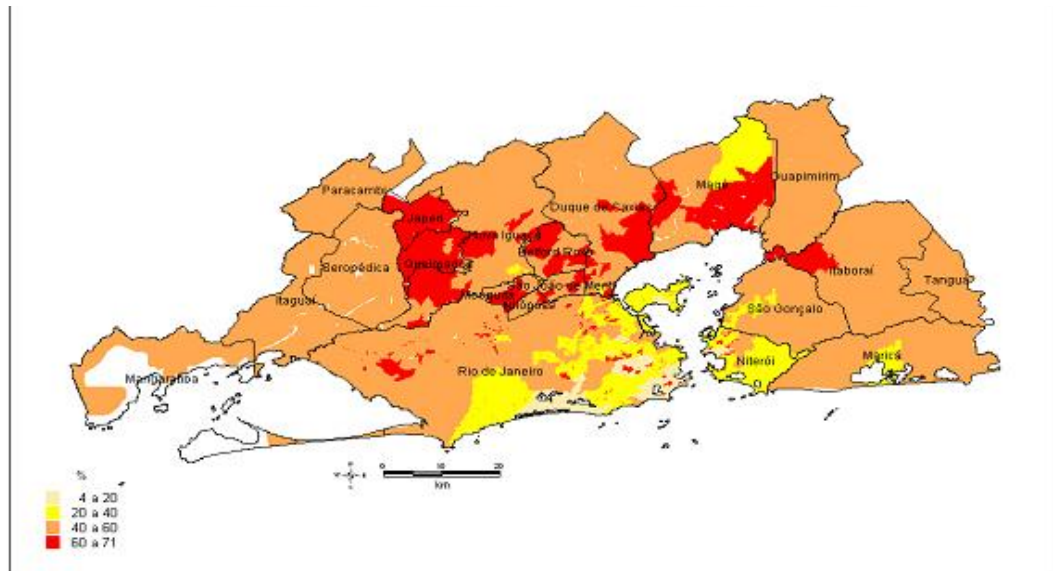
A URG de Cabuçu onde o estudo foi realizado possui 85.836 habitantes distribuídos em uma extensão de 74,56 Km², é dividida em sete bairros que são cobertos por uma rede de atenção a saúde composta por 6 unidades de Estratégia Saúde da Família (Figura 2) com o total de 10 equipes, 4 equipes da Estratégia do Agente Comunitário de Saúde, uma Unidade Básica de Saúde com perfil para atender 20.000 habitantes e 1 ambulatório de Saúde Mental.

Figura 2 – Unidades de Saúde na URG de Cabuçu, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, 2012.

Fonte: Caderno de Organização da Atenção Básica e Saúde Mental de Nova Iguaçu, 2010.

A escolha da URG de Cabuçu para a realização do estudo se deu diante a análise da figura 3 onde foi possível identificar a região da Cidade de Nova Iguaçu onde há maior concentração de indivíduos integrantes do grupo da população negra.

Figura 3 – Percentual de Pessoas Negras e Pardas na Região Metropolitana do RJ - 2000



Fonte: Relatório Como Andam as Metrôpolis, 2005

As unidades onde as entrevistas foram realizadas prestam atendimento à população adscrita nos moldes de ESF (Quadro 2) segundo as diretrizes e normas estabelecidas na Portaria 2488 do Ministério da Saúde de 21 de outubro de 2011. (BRASIL 2011)

Quadro 2 – Características das Unidades de Estratégia Saúde da Família, Cabuçu, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, 2012.

Unidade	Equipe Saúde da Família	Equipe de Saúde Bucal	População Cadastrada	Famílias Cadastradas
Palhada	03	02	9.293	2.457
Jardim Parque das Palmeiras	01	00	3.344	919
Valverde	03	00	7.592	1.979
Dom Bosco	01	00	3.972	1.146
Aliança	01	01	3.107	785
Parque Todos os Santos	01	01	2.963	890
Total	10	04	30.271	8.176

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica– SIAB, Agosto de 2012.

3.2.2 Sujeitos

Os sujeitos da pesquisa foram 10 enfermeiros que atuam no contexto da Estratégia Saúde da Família na área de Cabuçu, desenvolvem ações em unidades de saúde onde indivíduos da população negra são usuários, aceitaram participar da entrevista, ou seja, atenderam aos critérios de inclusão.

O tempo total das entrevistas foi de aproximadamente cinquenta e sete minutos, com duração mínima de dois minutos e quarenta e nove segundos e máxima de vinte e quatro minutos e quarenta e sete segundos.

3.2.3 Instrumento

Foi utilizado como instrumento do estudo um roteiro de entrevista (Apêndice I) constando questões sobre a situação biográfica dos entrevistados, as atividades desenvolvidas quanto a questão de acesso e consumo de serviços de saúde pelos usuários do grupo da população negra e uma questão fenomenológica: O que você pretende ao desenvolver as ações junto aos usuários do serviço integrantes da população negra? (Apêndice I)

Destaca-se que considerando a abordagem fenomenológica de Alfred Schutz, os questionamentos presentes no instrumento funcionam como diretrizes e roteiro para desenvolver as perguntas centrais da entrevista. Desta forma, a maneira como a questão é lançada, desde que mantenha a sua essência - depende da relação estabelecida entre o entrevistado e o entrevistador.

As falas foram gravadas a partir do consentimento do entrevistado (a), considerando as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.

3.2.4 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu no período de abril, maio e junho de 2012. Primeiramente obtendo-se a aprovação por parte do Comitê de Ética em Pesquisa para a realização do estudo, após a aprovação a aplicação de uma entrevista semiestruturada aos enfermeiros. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice II) antes de iniciar a entrevista e participaram apenas aqueles profissionais que concordaram com o termo e o assinaram. Os enfermeiros foram convidados a participar e foi agendado o momento da entrevista no próprio local de trabalho dos enfermeiros. A previsão da quantidade de sujeitos a

serem entrevistados é de no máximo 10, pois segundo Tocantins (1993), a partir do 10º sujeito começa a ocorrer uma repetição dos “motivos-para”, podendo ser identificado então o típico da ação, qual seja, os traços típicos encontrados na ação em estudo.

Considerando que a questão fenomenológica só é realizada quando o entrevistado relata a realização de ações, e através deste relato o “motivo para” revela a intencionalidade da ação do sujeito, destaco que essa questão só foi realizada para um participante que respondeu realizar ações específicas para o grupo da população negra, o que impossibilitou identificar o “motivo para” dessas ações no conjunto dos entrevistados.

3.2.5 Análise dos dados

A análise dos dados consistiu inicialmente da transcrição das falas gravadas que trará as questões acerca da situação biográfica, as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro no atendimento aos usuários integrantes do grupo da população negra e as respostas quanto à questão fenomenológica. Nessa etapa do estudo houve a leitura e a releitura destas falas com o intuito de identificar as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros e agrupá-las por afinidade procurando identificar as categorias que comportam a ação do enfermeiro.

Esta releitura permitiu identificar que os profissionais não desenvolvem ações específicas para o grupo da população negra. Contudo, no conjunto das falas dos entrevistados, emergiu os “motivos porque” da não realização destas ações que permitiu construir o “típico do porque” considerando que os “motivos porque” são acontecimentos já concluídos, são imutáveis, porém, não esquecidos e podem influenciar as ações no presente (WAGNER, 2012).

Os “motivos porque” identificados foram agrupados constituindo-se em uma categoria concreta do “porquê” que fundamenta o fato dos profissionais de enfermagem não desenvolverem ações direcionadas a este grupo da população.

3.2.6 Aspectos Éticos

A pesquisa foi desenvolvida após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Hospital Geral de Nova Iguaçu por onde foi apreciado e aprovado mediante o parecer CAAE: 00116.0.316.000-11 (Anexo 1) e, portanto, respeita as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética, foi realizado contato com o supervisor da área de Cabuçu para esclarecimentos éticos da pesquisa e realizar os

agendamentos com os profissionais da área sem que este momento de entrevista viesse a prejudicar o processo de trabalho na unidade. Em contato com os enfermeiros, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II), descrevendo a pesquisa a ser realizada segundo as normas da Resolução 196/96. Logo após o consentimento do profissional, mediante assinatura em duas vias do TCLE onde uma via ficou de posse do entrevistado e outra com o pesquisador, foi apresentada o Roteiro de Entrevista (Apêndice I). O anonimato dos sujeitos da pesquisa estará assegurado e as informações não serão usadas em prejuízo das pessoas, atendendo às normas de bioética da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

As entrevistas foram gravadas em um gravador digital e armazenadas em memória *flash* (*pen drive*), essas informações serão armazenadas por cinco anos a partir da data de divulgação dos resultados da pesquisa, após este período as informações serão inutilizadas.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

4.1 Situação Biográfica dos profissionais entrevistados

A situação biográfica consiste no conjunto de vivências que o indivíduo adquire ao longo da vida. A situação biográfica define a maneira em que localizo o campo de ação, interpreto as suas possibilidades e envolve os desafios. (WAGNER, 2012)

O quadro 3 apresenta a situação biográfica dos entrevistados através da idade, sexo, ano de graduação e tempo de atuação em Estratégia Saúde da Família. Estas informações contribuem para possibilitar a identificação do perfil dos profissionais que atuam no contexto da atenção primária à saúde junto ao grupo da população negra e posteriormente agregar ao entendimento quanto as ações desenvolvidas e a intencionalidade dessas ações.

Quadro 3 - Caracterização dos enfermeiros entrevistados, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, 2012.

SITUAÇÃO BIOGRÁFICA DOS ENTREVISTADOS				
ENTREVISTADOS	IDADE	SEXO	ANO DE GRADUAÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO NA ESF
ENF 1	29	F	2005	4 anos
ENF 2	30	F	2007	4 anos
ENF 3	49	F	2006	3 anos
ENF 4	37	F	2007	6 meses
ENF 5	30	F	2008	5 meses
ENF 6	42	F	1997	6 meses
ENF 7	39	F	2005	5 anos
ENF 8	40	F	2007	5 anos
ENF 9	70	F	1984	6 anos
ENF 10	44	F	2011	1 mês

Fonte: Dados coletados nas entrevistas.

Dentre os dez profissionais entrevistados a variação apresentada entre as idades é de 29 a 70 anos e média de 41 anos de idade. Todas as entrevistadas (10) são do sexo feminino¹ (100%).

O ano de graduação tem variação entre os anos de 1984 e 2011. Este dado demonstra que duas (20%) das entrevistadas possui mais de uma década de obtenção do título de enfermeira e oito das entrevistadas (80%) possui menos de uma década obtenção do título de

¹Considerando que todas as entrevistadas são do sexo feminino, a partir deste momento irei me reportar aos participantes no sexo feminino.

enfermeira. Ainda no campo obtenção do título de enfermeira, das oito (100%) entrevistadas com menos de uma década de obtenção do título, uma (10%) possui menos de um ano de graduação.

Quanto ao tempo de atuação em Estratégia da Saúde da Família a variação está entre seis anos e um mês, sendo duas entrevistadas (20%) com menos de um ano de atuação, duas (20%) com três anos, três (30%) com quatro anos, duas (20%) com cinco anos e uma (10%) com seis anos de atuação em ESF.

4.2 Prática Profissional e a Experiência com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Para compreender a prática profissional das entrevistadas no contexto da PNSIPN, as mesmas foram abordadas quanto ao conhecimento sobre a PNSIPN, se esta política influenciava sua prática profissional, caso conhecesse, quais ações eram desenvolvidas para este grupo da população em sua prática e qual era a sua intenção ao desenvolver essas ações. O quadro 4 mostra as respostas obtidas.

Quadro 4 – A Prática profissional e a PNSIPN, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, 2012.

PRÁTICA PROFISSIONAL E A PNSIPN				
Entrevistados	Raça/Cor Autoidentificação	Raça/Cor Autoclassificação IBGE	Conhece PNSIPN	Influência
ENF 1	Negra	Preto	Não	-
ENF 2	Negra	Preto	Sim	No modo de assistir. Prestar assistência social.
ENF 3	Negra	Preto	Não	-
ENF 4	Negra	Preto	Não	-
ENF 5	Parda	Pardo	Não	-
ENF 6	Sem cor	Parda	Sim	
ENF 7	Amarela	Amarelo	Não	-
ENF 8	Negra	Pardo	Não	-
ENF 9	Morena	Branco	Não	-
ENF 10	Morena	Parda	Não, diz que ouviu falar na graduação, mas não lembra o que foi dito na graduação.	-

Fonte: Dados coletados nas entrevistas.

No roteiro da entrevista dois itens foram incluídos para abordar as entrevistadas quanto à questão do quesito raça/cor, primeiro a entrevistada se autoidentificava quanto à raça/cor em uma pergunta aberta onde qualquer termo apresentado pela entrevistada foi registrado. Em seguida foi realizada uma pergunta fechada onde foram expostas as classificações de raça/cor propostas pelo censo demográfico do IBGE (branco, preto, pardo, amarelo e indígena) e solicitado que a entrevistada optasse pelo grupo ao qual se classifica. Cabe destacar que a ordenação das perguntas aberta e fechada, teve por objetivo evitar a indução das categorias censitárias nas respostas.

Diante desta situação, na opção onde a declaração era aberta, oito (80%) das entrevistadas se inseriram no grupo da população negra, destacando que cinco entrevistadas se declararam “negra” (50%), duas “morena” (20%) e uma parda (10%), dentre os outras duas entrevistadas (20%), uma amarela (10%) e uma sem cor (10%).

Quando a opção dada foi a classificação utilizada pelo IBGE o resultado se repetiu com oito das entrevistadas (80%) se declarando como integrantes da população negra, uma branca (10%) e uma amarela (10%). O destaque neste item fica para a situação em que uma entrevistada que inicialmente se autoidentificou como ‘sem cor’, posteriormente se autoclassificou como ‘parda’, e uma como ‘morena’ e ‘branco’, respectivamente.

Destaca-se que a proporção de participantes que se identificaram como integrantes da população negra (negros e pardos) na pergunta aberta e fechada não apresentou variação.

Abordar as entrevistadas quanto à autoidentificação e autoclassificação IBGE permitiu de certa forma situar que em síntese, os profissionais se reconhecem como integrantes de um determinado grupo da população – quanto ao item raça/cor. Contudo, chama a atenção que este mesmo grupo informa não conhecer a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN.

4.3 Ações desenvolvidas por enfermeiras junto a usuários do serviço, integrantes da população negra.

As ações profissionais desenvolvidas por enfermeiras junto a usuários do serviço, integrantes da população negra foram elencadas a partir das falas das profissionais mediante o questionamento: Quais ações você desenvolve junto a usuários do serviço, integrantes da população negra?

...pré-natal, puericultura, preventivo... (ENF 1)

...dá uma atenção até maior esse tipo de pessoa... a gente tem que dá uma atenção especial pra esse tipo de paciente. (ENF 2)

... tratar de modo geral... (ENF 3)

... nenhuma ação específica... (ENF 4)

...nenhuma ação específica... (ENF 5)

... não é voltado para população negra... não existe nada específico... (ENF 6)

...tratar normal como todos... (ENF 7)

Não. [realizar ações] (ENF 8)

...não tem uma coisa voltada para o negro... (ENF 9)

Não. [realizar ações] (ENF 10)

As enfermeiras ao serem questionadas sobre a realização de ações específicas para usuários do serviço, integrantes da população negra, relataram não realizá-las por considerar que devem tratar todos os indivíduos com igualdade.

Considerando que para o emergir do “motivo-para” é necessário captar a realização de um ação dirigida para o futuro e as profissionais entrevistadas não desenvolvem ações específicas para este grupo da população, não há como desvelar intencionalidade, ou seja, o “motivo para”.

E, lembrando que o “motivo porque” está evidenciado em acontecimentos já concluídos e localiza-se na situação biográfica destes profissionais, a leitura atenta possibilitou apreender nas falas das enfermeiras duas categorias concretas do “porquê”: não ouvi falar e tratar todos como iguais. Essas categorias envolvem as ações apresentadas nesse contexto e focalizam as experiências desses sujeitos, para o emergir das categorias do concreto do “porquê”.

A profissional enfermeira, com sua bagagem de conhecimentos e com seu tempo vivido não evidencia em suas falas a preocupação com a dimensão das especificidades que envolvem a atenção primária à saúde da população negra. Ou seja, reconhecem nos integrantes deste grupo da população características iguais as dos outros usuários que fazem uso do serviço.

Mesmo reconhecendo que a região onde ocorreu o estudo é uma área onde a população negra tem raízes, e se faz presente através de cultura, de hábitos, costumes e organizações, acaba predominando na ESF desta região, as ações programáticas, ou seja, ações e procedimentos pré-estabelecidos em função de agravos epidemiologicamente relevantes no contexto da saúde (ROCHA, ALMEIDA, 2000).

O foco da prática profissional está no fisiológico e orgânico (corpo físico, sem pele), e não nas dimensões – determinantes e condicionantes – sociais e de saúde deste grupo da população. Sem a ‘pele’ todos os indivíduos no corpo físico são iguais e o modelo técnico assistencial passa a predominar – ou seja, as intervenções profissionais ocorrem a partir da doença ou agravo apresentado. Desta forma, determinantes e condicionantes - sociais e de saúde, que fazem parte do mundo da vida do indivíduo, não integram o processo de atenção e assistência à saúde da população negra.

A seguir apresenta-se recortes de falas das enfermeiras nas suas respectivas categorias concretas do “porquê”.

➤ **Nunca ouvi falar**

Não, por enquanto ainda não, não sei de repente pelo pouco tempo que eu ainda tenho, não tive tempo de desenvolver todas as ações, todos os programas, mas pode ser que a gente venha a fazer sim, porque a área tem bastante...bastante pessoas negra, eu acho que podemos botar aí mais ou menos de 70% a 80 % de população negra. (ENF 4)

Não, não, não ouvi. [falar sobre a PNSIPN] (ENF 8)

... na graduação eu ouvi falar, mas aqui eu nunca tinha ouvido falar não... pra ser sincera eu não lembro não, lembro assim, qual foi o meu professor que falou, mas assim, o que foi não, no momento não. (ENF 10)

➤ **Tratar todos como iguais**

... eu não olho muito a cor, o atendimento que eu dou é para qualquer pessoa independente da raça, da cor, do estado social... (ENF 1)

... exonerar essa distinção e tratamento igual pra todos. (ENF 2)

... eu trato, eu faço né do modo geral, atenção a todo tipo de ser... não vejo diferença... (ENF 3)

... não acho que devo tratar a população negra com diferença,..devem receber a mesma atenção... (ENF 5)

... não existe nada específico...eu acho que isso não é favorável a gente também separar isso específico para mulheres negras, senão vai haver um apartheid, e isso aí eu acho que não era legal...(ENF 6)

... tento envolver eles no programa, tratar sempre normal, como todos. (ENF 7)

... não tem uma coisa só voltada pra negro... eu não discrimino né... nunca fiz nada que me chamasse a atenção por a pessoa ser negra... (ENF 9)

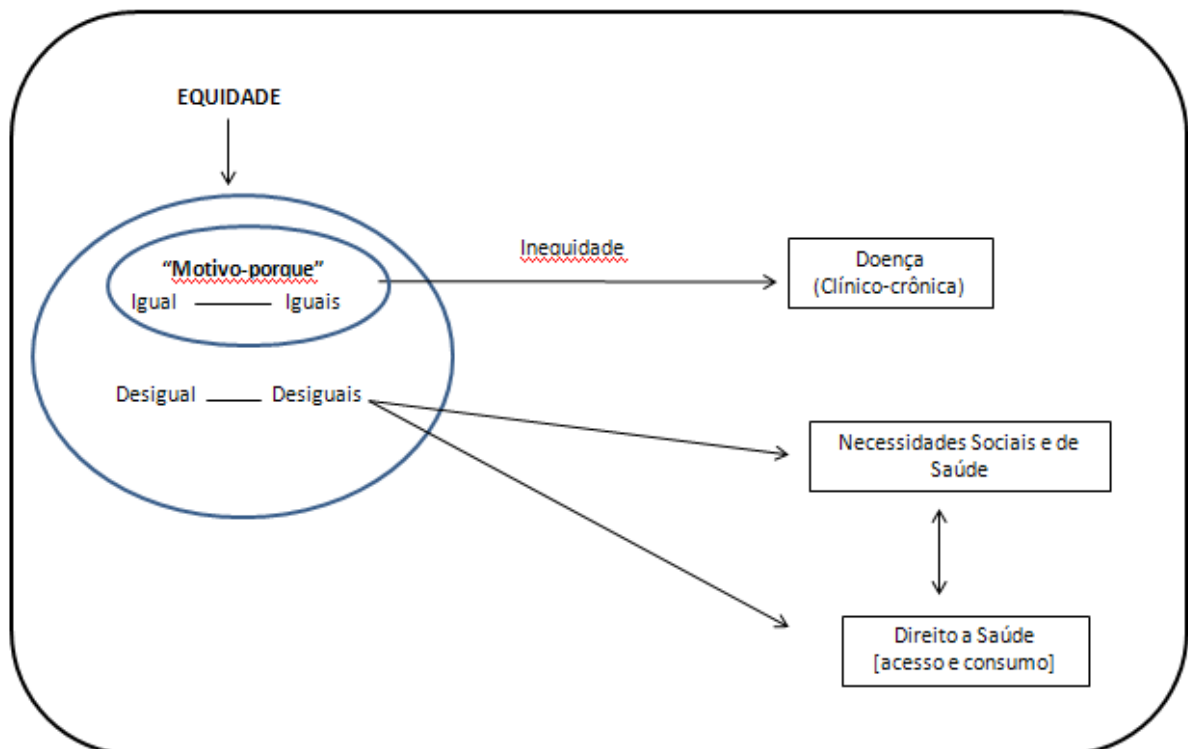
A articulação entre as categorias concretas permite construir o “típico do porquê” das enfermeiras quanto a não realizar ações específicas para os usuários do serviço, integrantes da população negra. Esta articulação permite apontar o não reconhecer razão para tratar iguais de modo desigual como o “típico do porquê”.

4.4 Análise compreensiva do “típico do porquê” das enfermeiras não realizarem ações específicas para o grupo da população negra.

- Não conhecer razão para tratar iguais de modo desigual.

A perspectiva central do “típico do porquê” está fundamentada na concepção de que todos têm direito à saúde e mais especificamente ao acesso a serviços, contudo neste contexto, não se reconhece que as necessidades sociais e de saúde, mais especificamente da população negra, também como direito, implica eventualmente tratar de modo desigual os desiguais, contemplando o princípio de equidade e garantindo o direito à saúde.(FIGURA 4)

Figura 4 – Saúde como Direito e Equidade



Universalidade, integralidade e equidade, articuladas, dão uma ideia de saúde é direito de todos sem distinção, contudo as condições de vida, incluindo fatores de risco e aspectos epidemiológicos apontam para necessidades sociais e de saúde distintas. A PNSIPN aponta para defesa dos princípios do SUS afirmando e referendando a equidade como condição para efetivação da universalidade e integralidade.

A questão em discussão quanto ao “típico do porquê” é o consumo dos serviços de saúde específicos para o grupo da população negra, não existe o consumo do serviço com equidade

porque não há realização de ações profissionais específicas. Destacando que está explícito nos relatos que há acesso aos serviços de saúde. Em relação ao acesso aos serviços pode-se dizer que o mesmo ocorre com equidade, porque as enfermeiras em seus relatos dizem que atendem a usuários deste grupo da população e não o fazem de maneira diferenciada, sendo assim o acesso em termos de equidade existe.

Os achados permitiram analisar que o fato de não realizar ações específicas para o grupo da população negra, também se configura em uma ação. Essa análise foi realizada a partir do referencial da fenomenologia de Alfred Schutz, o qual permitiu traçar o “típico do porquê” do grupo de enfermeiras entrevistadas. Assim o “típico do porquê” comporta em si a razão pelo qual os sujeitos entrevistados não realizam no contexto da ESF ações específicas para o grupo da população negra.

Abordar a temática saúde da população negra não é uma discussão que envolve apenas a cor da pele. Esta temática envolve questões deste grupo da população como a cultura e condições sociais historicamente determinadas.

Desta forma, é preciso que os profissionais reconheçam que tratar com desigualdade os desiguais é também um direito a saúde. Ou seja, para promover equidade em saúde – tratar desiguais de modo desigual envolve dizer que a enfermeira, e outros profissionais de saúde, devem desenvolver ações específicas para a população negra, de acordo com as suas necessidades sociais e de saúde em particular.

Com toda a diversidade cultural presente no Brasil torna-se essencial respeitar as diferenças, apreciá-las, apreender delas aquilo que seja útil para melhor assistir ao usuário ou usuária. Especialmente no universo do Sistema Único de Saúde, a competência cultural deve ser visualizada como um dos objetivos continuamente aspirados, dado que esta virtude propiciará o alcance da equidade num período menor de tempo, sem que isto custe tantas outras vidas (SOUZA, OLIVEIRA, 2004).

No campo da saúde, conhecer a diversidade cultural pode ser um disparador de alternativas e possibilidades para auxiliar na solução de problemas e demandas da população. Desconsiderá-la é desqualificar famílias, moradores, ambientes e rotinas. É preciso apreender a cultura da população que interpreta e explica a realidade, produzindo e reproduzindo constantemente padrões de sociabilidade, a partir da imensa diversidade (CERQUEIRA, 2010)

Conhecimento cultural centra-se em conhecer o ponto de vista ou visão de mundo do cliente. É importante perceber que as ideias preconcebidas, as racionalizações de ideias

arbitrárias e incapacidade de autocrítica, são causas, na maioria dos casos, do etnocentrismo, que abrange as lacunas e pontos fracos que os profissionais podem apresentar.

Para Enfermagem, conhecimento cultural envolve promover cuidado cultural, onde o profissional deve possuir habilidades que facilitem a competência cultural do mesmo. Esta competência cultural implica em aceitação e respeito pelas diferenças culturais, sensibilidade para entender como essas diferenças influenciam a relação enfermeira–usuário do serviço de saúde e vice-versa, e a capacidade de encontrar estratégias para melhorar os encontros culturais de acordo com as necessidades expressas pelos usuários (IBARRA, GONZALEZ, 2012).

Quando o conhecimento cultural não faz parte do processo de trabalho o que emerge é a questão das doenças, centrada nas ações programáticas, no indivíduo que é inserido num processo técnico assistencial focado no corpo físico. Quando o indivíduo é visto como corpo físico “sem pele”, o modelo assistencial contribui para a inequidade em saúde, interferindo nas decisões e ações da enfermeiras que no momento de realizar suas avaliações não levam em consideração os riscos, vulnerabilidade, crenças, valores e estilo de vida dos grupos da população. (NICHIATA *et al.*, 2008)

Sendo assim, equidade na assistência primária à saúde, mais especificamente ao grupo da população negra, implica dizer que, este profissional que está na porta de entrada preferencial do sistema de saúde, a enfermeira, deve ter dentre tantas outras competências, a competência cultural presente em sua situação biográfica para que venha a realizar ações específicas para o grupo da população negra.

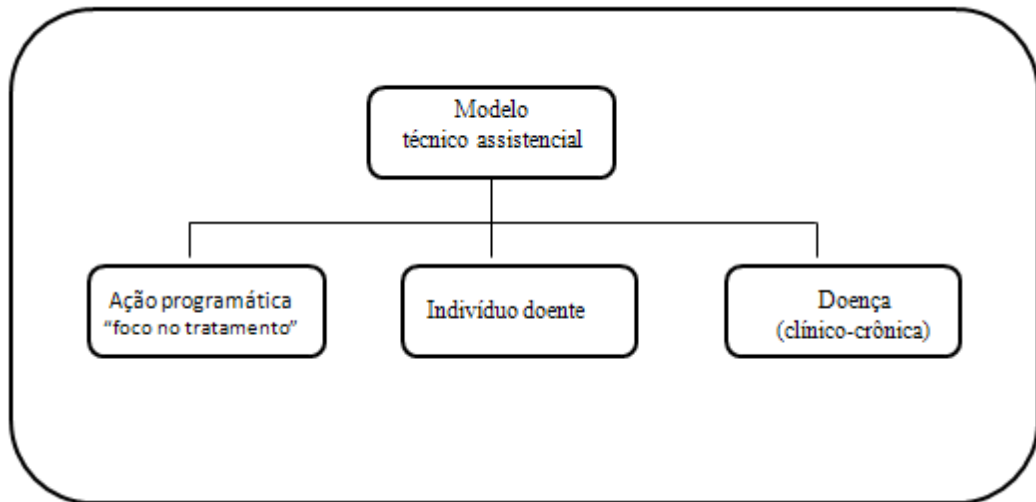
Reconhece-se neste sentido a relevância da educação permanente no que se refere ao aprimoramento contínuo visando a bagagem de conhecimento profissional. A PNSIPN (2010) destaca como uma ação específica a inserção da temática saúde da população negra nos conteúdos de capacitação dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes de Saúde do Sistema Penitenciário, contribuindo para a construção de competência cultural e conseqüentemente o reconhecimento das especificidades referentes a saúde deste grupo da população pelos profissionais.

A Educação Permanente em Saúde compreende as dimensões de ensino, gestão, atenção à saúde e controle social; é uma ferramenta que permite a transformação necessária nas práticas de saúde para tornar possível lidar com a temática racial (MONTEIRO, 2012).

Considerando que abordar a temática racial na educação permanente permite a transformação de prática de saúde ter-se-á também a oportunidade de deslocar o foco de

atenção do modelo técnico assistencial que fundamenta a prática dos enfermeiros na atenção básica, quando desenvolve ações voltadas para a população negra. (FIGURA 5)

Figura 5 – Modelo técnico-assistencial



Tendo como referencia o modelo técnico assistencial, os profissionais têm preocupação em inserir os usuários nos programas de saúde (ações programáticas) com foco no tratamento da doença. Nesta perspectiva de cuidado os profissionais são levados a iniquidade quando se trata a doença e não o indivíduo pelas suas especificidades inseridas no mundo da vida. Considerando o grupo da população negra, essas especificidades se referem às necessidades sociais e de saúde e aspectos culturais.

De um modo geral podemos entender que a lógica que orienta a atual produção de saúde na rede primária é de forma organizativa pautada na estrutura funcionalista derivada de uma interpretação política onde os problemas que emergem do campo da saúde ou do processo saúde doença são multicausais e inadequadamente vistos com preponderância biomédica (ABRAHÃO, 2007). Segundo Merhy *apud* Abrahão (2007), as ações do processo de trabalho da rede primária, devem estar localizadas sobre o trabalho vivo em ato, com escuta qualificada, a criação de espaço de acolhimento e estabelecimento de vínculo que dão contorno e a forma a Estratégia Saúde da Família.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa permitiu revelar a compreensão do “porquê” as enfermeiras não realizam ações de saúde específicas para o grupo da população negra, no contexto da Estratégia Saúde da Família.

As enfermeiras inseridas no contexto da Estratégia Saúde da Família visam à construção de uma relação de confiança e de vínculo entre elas e os usuários, por meio de uma ligação atenciosa, de envolvimento e comprometimento com as demandas dos usuários, realizam consultas, grupos e visitas domiciliares. Contudo as necessidades sociais, de saúde e aspectos culturais que permeiam o indivíduo ou grupo da população não são levadas em consideração.

A prática de saúde, preocupada com os direitos do cidadão, é pensada num sentido mais amplo como um tipo de intervenção em que as relações são estabelecidas na medida em que se revê o objeto da prática, e automaticamente os meios de trabalho se reorientam. Há potencial da ESF para o desenvolvimento de práticas de saúde voltadas para a população negra, que possibilite romper estigmas e que garanta o acesso e consumo dos serviços de saúde promovendo a equidade.

No âmbito da Gestão Municipal os achados revelados nesta pesquisa contribuem provocando uma reflexão sobre a importância de instituir a educação permanente sobre as práticas assistenciais e a organização do serviço abordando a temática saúde da população negra, ampliando assim as possibilidades de consolidação da PNSIPN no contexto da atenção primária.

A educação permanente dos profissionais de saúde contribuirá para construção da competência cultural e para que possam prestar a assistência adequada, levando em consideração especificidades genéticas, especificidades derivadas de exposição ocupacional a fatores degradantes, aquelas derivadas da indisponibilidade de recursos socioeconômicos e da pressão social e necessidades sociais e de saúde.

Além da educação permanente, esses achados propiciam a sugestão de ações a serem desenvolvidas no âmbito municipal para o fortalecimento da implementação da PNSIP, dentre os quais destaco:

- A inserção do quesito raça/cor nos instrumentos de coleta de informação e na análise dos dados em saúde;
- Parceria com os movimentos sociais da região, em especial o movimento negro;

- Levantamento das condições de saúde da população negra através de dados demográficos e epidemiológicos;
- Lei Municipal que estabeleça a inclusão do item raça/cor nos dados cadastrais da população junto a Administração Municipal;
- Pactuar com escolas e universidades que utilizam os cenários dos serviços de saúde para o campo de estágio, que incluam a temática saúde da população negra no conteúdo programático; e
- Promover e implantar educação permanente para qualificar trabalhadores de todas as categorias profissionais envolvidas com a área da saúde, em todos os níveis de formação, englobando conteúdos gerais e as especificidades locais.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. Atenção Primária e o Processo de Trabalho em Saúde. Informe-se em Promoção da Saúde. v.3, n1, p.01-03. jan-jun, 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>. Acesso em: 12/11/2012.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface** (Botucatu) [online]. 2005, v.9, n.16, p. 39-52.

AYRES, J.R.C.M; FRANÇA-JÚNIOR, I; CALAZANS, G.J.; SALETTI-FILHO, H.C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D; FREITAS, CM (org.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2003. p. 117-39.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Conselho Nacional de Saúde – Resolução 196/ 1996.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Programa Saúde da Família – PSF. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade. Sistema Nações Unidas. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. A Saúde da População Negra e o SUS: ações afirmativas para avançar na equidade. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica Brasília, DF, 2011.

CAPALBO, C. Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schutz. 2. ed. Londrina: UEL, 1998.

CERQUEIRA, M. B. Pobreza, periferia e diversidade cultural: desafios para a Saúde. Desigualdades e Iniquidades em Saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**. v. 12, n 2, p. 138-142. Agosto, 2010.

COSTA, E. M. A. CARBONE, M. H. Saúde da Família – uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio ed, 2004.

Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem- Resolução COFEN 311/2007. Disponível em: www.coren-rj.org.br. Acesso em: 23/08/2012.

CRUZ, I. C. F. da. El cliente viviendo con hipertensión arterial esencial: diagnósticos y prescripciones en la consulta de enfermería. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [serial on the Internet]. 1995 Jan [cited 2009 May 29] ; 3(1): 159-165.

CRUZ, I. C. F. da. LIMA, R. Etnia Negra: um estudo sobre a hipertensão arterial essencial e os fatores de risco cardiovasculares. **Rev. Enfermagem UERJ**, v. 7, n1, p. 35-44, 1999.

Dicionário da Educação em Saúde. Equidade em saúde. 2ª edição. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.

DOMINGOS, S. R. F. O significado da ação de provocar o aborto na adolescência: uma abordagem da fenomenologia social sob a perspectiva de mulheres. 2011. Tese (Doutorado em Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-15022012-121601/>>. Acesso em: 2012-10-04.

ESCOREL, S. Os dilemas da Equidade em saúde: aspectos conceituais. Disponível em: <http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-83-2013-os-dilemas-da-equidade-em-saude-aspectos-conceituais.pdf> ; Acesso em: 03/10/2012.

FAUSTINO, D. M. Equidade Racial nas Políticas de Saúde. In: Saúde da População Negra. DP et Alii Editora Ltda. Petrópolis-RJ, 2012. Cap. 4, p. 98-120.

FERREIRA, A. B. de H. Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 3.ed rev. atual. Curitiba: Editora Positivo, 2004.

FIGUEIREDO, N. M. A. Método e Metodologia em Pesquisa Científica. São Paulo: Editora Difusão, 2002.

GIOVANETTI, M. R. A implantação do quesito cor/raça nos serviços de DST/Aids no Estado de São Paulo. Saúde Soc. Maio-Ago 2007; vol.16 (2): 163-170.

IBARRA, T. X. M. GONZALEZ, J. S. Competencia Cultural: Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. **Index Enferm**, Granada, v.15, n.55, março 2006.

Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300010&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 16 nov. 2012.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 10/08/2012.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: FUNASA, 2005.

MINAYO, M. C. de S. e GOMES, S. F. D. R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 30. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

MONTEIRO, M. C.S. Desafios da Inclusão da Temática Étnico-Racial na Educação Permanente em Saúde. In: Saúde da População Negra. DP et Alii Editora Ltda. Petrópolis-RJ, 2012. Cap. 6, p. 142-152.

NAKAMURA, E. et al. O potencial de um instrumento para o reconhecimento de vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde: saberes e práticas em saúde coletiva. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.17, n2, março-abril, 2009.

NEVES, J. L. Pesquisa Qualitativa – Características, Usos e Possibilidades. Cadernos de Pesquisas em Administração, São Paulo, v.1. n° 3, 2° sem./1996.

NICHIATA, L. Y. I. et al. A utilização do conceito vulnerabilidade pela enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.16, n5, setembro-outubro, 2008.

Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial de Saúde**, 2005.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M.C.P.de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dezembro 2000.

PAVÃO, A. L. B. Avaliação da Equidade no Uso de Serviços de Saúde em uma População Brasileira em Idade Laboral: O Estudo Pró-Saúde. Rio de Janeiro, 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ.

PERES, P. L. P. A Enfermeira face as necessidades da criança em creche pública – uma perspectiva de compreensão apoiada na abordagem fenomenológica de Alfred Schutz. Rio de Janeiro, 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

POPIM, R. C.; BOEMER, M. R. Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schutz. **Rev. Latino-am Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n.5, p.677-85, set/out, 2005.

SANTOS, R. G. S. TOCANTINS, F. R. Equidade na Assistência Primária a Saúde da População Negra: uma Revisão Integrativa. 2012. (Mimeografado).

SCHUTZ A. The phenomenology of the social world. Evanston, IL: Noryhwestern University Press, 1967.

SCHUTZ, A. **Collected Papers 1- The Problem of Social Reality**. Netherlands: Nijhoff, 1962.

SCHUTZ, A. **El problema de la realidade social**. Traducción Néstor Miguez. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1974.

Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu. Secretaria Adjunta de Atenção Básica e Políticas Estratégicas. **Caderno de Organização da Atenção Básica e Saúde Mental de Nova Iguaçu**. Cooperação Técnica ENSP/FIOCRUZ. Elaboração: Equipe Técnica da Secretaria Adjunta, 2010.

SILVA A. L. A.C, RODRIGUES B.M.R.D. A sociologia fenomenológica de Alfred Schütz e a possibilidade de compreender em enfermagem. **Revista de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**. 1997; 5:475-78.

SOUSA R. R. de. Políticas e práticas de saúde e equidade. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. 2007; 41(Esp):765-70.

SOUZA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 25-30. dez. 2000.

SOUZA, M. OLIVEIRA, M. Falando de Saúde, Doença e Vulnerabilidades. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. I Seminário Nacional de Saúde da População Negra. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

SPAGNUOLO, R. S. PEREIRA, M. L. T. Práticas de saúde em Enfermagem e Comunicação: um estudo de revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**. 2007, v.12, n.6, pp. 1603-1610. ISSN 1413-8123.

TOCANTINS, F. R. RODRIGUES, B. M. R. D. Necessidades assistenciais em saúde: uma estratégia metodológica para enfermeiros. **Rev. Enferm. UERJ** 1996; (esp):113-118.

TOCANTINS, F. R., LIMA, C. A. A Necessidade de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.l 62, n.3, p.367-73, maio-jun, 2009.

TOCANTINS, F.R. O agir do enfermeiro em uma Unidade Básica de Saúde: Análise compreensiva das necessidades e demandas. Rio de Janeiro. **Rev. Enf. de Esc. de Enfermagem Anna Nery**, v.1, p143-59, jul. 1997.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma Revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.20, p. 190-198, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf> > Acesso em: 09/09/2012.

TRAVASSOS, C. CASTRO, M. S. M. de. Determinantes sociais em utilização dos serviços de saúde. In: Gionvanella, Lígia; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa; Noronha, José Carvalho de; Carvalho, Antonio Ivo de. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008.

VIANNA S. M. et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento.** Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2001.

WAGNER, H. T. R. Sobre Fenomenologia e Relações Sociais. Rio de Janeiro, Editora Vozes, 2012.

APÊNDICE I**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS:**

Idade: _____ Sexo: _____

Como você se declara quanto a sua cor? _____ E de acordo com o IBGE como você se autodeclara? () branco () preto () pardo () amarelo () indígena

Qual o ano de graduação em enfermagem? _____

Por quanto tempo atua na Estratégia Saúde da Família?

Conhece a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra?
() não () sim Quais aspecto destaca?

Quais aspectos da PNSIPN influenciam a sua prática profissional?

Quais ações você desenvolve junto a usuários do serviço, integrantes da população negra?

QUESTÃO FENOMENOLÓGICA

O que você pretende ao desenvolver as ações junto aos usuários do serviço integrantes da população negra?

APÊNDICE II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar desta pesquisa, que tem como tema, **O acesso e o consumo à saúde pelo grupo da população negra na Atenção Primária a Saúde** e objetivos: Identificar as ações desenvolvidas pelos enfermeiros/profissionais de saúde na atenção a saúde da população negra tendo como base a PNSIPN e Analisar as ações desenvolvidas pelos enfermeiros na atenção a saúde da população negra como estratégia para o acesso e consumo dos serviços de saúde pela população negra. A pesquisa terá duração de 1 ano e se configura em um projeto de dissertação de mestrado. Você participará desta pesquisa respondendo uma entrevista, elaborada pela pesquisadora, sendo a mesma gravada e após cinco anos do término da mesma os dados serão desprezados. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase da pesquisa, pois a entrevista seguirá um roteiro estruturado. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em fóruns científicos, periódicos e outros meios de publicação científica nacional e internacional. A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição, bem como não terá nenhum tipo de prejuízo pessoal ou profissional. Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras ou de outra natureza, tais como notas ou avaliações pela assistência prestada na instituição. A princípio não haverá risco de qualquer natureza seja ele: físico, mental, ou moral. Não há benefício direto para você, porém, com a sua participação os benefícios em relação ao ensino e a assistência de Enfermagem poderão ser muito grandes. Você receberá uma cópia deste termo e em qualquer etapa do estudo você poderá ter acesso aos pesquisadores responsáveis, podendo tirar suas dúvidas sobre o estudo e sua participação, bem como ter acesso ao resultado final.

Contatos: Roberta Georgia Sousa dos Santos: xxxxx/e-mail: xxxxxxxx. Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Nova Iguaçu no telefone: 3779-9900 Ramal: 108 de segunda à sexta das 8:00 às 17:00 horas.

CONSENTIMENTO: Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li e/ou foram lidas para mim sobre o estudo acima citado. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos de minhas funções profissionais.

Assinatura do (a) Entrevistado (a)

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2012.