



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SOCIOECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

Jadh Beatriz de Jesus Silva

**O trabalho dos profissionais de saúde e a Política  
Nacional de Saúde Integral da População Negra  
(PNSIPN): desafios e potencialidades**

Florianópolis

2023

Jadh Beatriz de Jesus Silva

**O trabalho dos profissionais de saúde e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN): desafios e potencialidades**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de Serviço Social do Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Orientador (a): Prof. (a) Dr. (a) Tânia Regina Kruger.

Florianópolis

2023

Silva, Jadh Beatriz de Jesus.

O trabalho dos profissionais da saúde e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN): desafios e potencialidades / Jadh Beatriz de Jesus Silva; orientadora, Tânia Regina Kruger, 2023. 70 p.

2. SUS. 3. Saúde da População Negra. 4. Trabalho em Saúde. I. Kruger, Tânia Regina. II. Universidade Federal de Santa Catarina. III. Título.

Jadh Beatriz de Jesus Silva

**Título:** O trabalho dos profissionais de saúde e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN): Desafios e Potencialidades

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de Bacharel e aprovado em sua forma final pelo Curso de Serviço Social.

Florianópolis, 20 de novembro de 2023.

Insira neste espaço  
a assinatura

Coordenação do Curso

**Banca examinadora**

Insira neste espaço  
a assinatura

Prof.(a) Dr.(a) Tânia Regina Kruger  
Orientador(a)

Insira neste espaço  
a assinatura

Profa. Dra. Marisa Camargo  
UFSC

Insira neste espaço  
a assinatura

Assistente Social Aline Schneider  
UFSC

Florianópolis, 2023.

*Dedico este trabalho à minha família, e especialmente à minha dinda Suzana, uma mulher negra que, por circunstâncias da vida e pelo racismo, vivenciou questões trazidas nesta pesquisa.*

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, quero agradecer à minha família, que sempre me apoiou, me dando coragem e todo o suporte, principalmente emocional, para que eu pudesse chegar até aqui. À minha espiritualidade, que guiou meus passos, às vezes no meio de incertezas, quando eu não tinha noção se as coisas dariam certo. À Tita e sua família que me acolheram com tanto carinho nessa cidade quando recém cheguei. Agradeço à professora Tânia, minha orientadora, pelas conversas e direcionamentos para o desenvolvimento deste trabalho. Também agradeço a mim mesma por não ter desistido, mesmo com as dificuldades de conciliar trabalho, estudos, estágio e vida pessoal, e continuar nessa jornada. E por fim, mas não menos importante, agradeço a Exu por abrir meus caminhos e sempre me mostrar que sou capaz de realizar tudo aquilo que me proponho a fazer. Laroyê!

## RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo analisar como é desenvolvido o trabalho de profissionais de saúde a partir da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Para o desenvolvimento do estudo foram selecionados 8 Centros de Saúde, sendo duas unidades por cada distrito sanitário do município de Florianópolis, para aplicação de questionário online para o levantamento de dados quanto ao conhecimento dos profissionais de saúde sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) na sua relação com as diretrizes e os princípios do SUS, e analisar as possíveis contribuições da Política na promoção da saúde integral da população negra. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e quantitativa, de forma a relacionar e contribuir com a ampliação do conhecimento já existente. Utilizou-se da revisão da literatura, a pesquisa documental, legislações, indicadores de sistemas de informações e levantamento de dados empíricos via formulário eletrônico com os participantes. A amostra dos participantes da pesquisa foram profissionais de saúde inseridos na Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo estes: médico, enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, assistente social, cirurgião-dentista, psicólogo, técnico e auxiliar em saúde bucal, psiquiatra, fisioterapeuta e farmacêutico. Os resultados da pesquisa apontam a predominância de pouco conhecimento da PNSIPN. Quanto à percepção dos profissionais participantes referente às contribuições geradas a partir da PNSIPN, obteve-se respostas relacionadas à garantia e ampliação do acesso aos serviços de saúde, atendimento com equidade e humanizado, bem como o reconhecimento da influência do racismo nas condições de saúde da população negra.

**Palavras-chave:** SUS; Saúde da População Negra; Racismo; Trabalho em Saúde.

## **ABSTRACT**

This research aimed to analyze how the work of health professionals is developed based on the National Policy for Comprehensive Health of the Black Population. For the development of the study, 8 Health Centers were selected, two units for each health district in the city of Florianópolis, to apply an online questionnaire to collect data regarding the knowledge of health professionals about the National Policy for Comprehensive Health of the Population Black in its relationship with the guidelines and principles of the SUS, and analyze the possible contributions of the Policy in promoting the comprehensive health of the black population. This is exploratory, descriptive and quantitative research, in order to relate and contribute to the expansion of existing knowledge. Literature review, documentary research, legislation, information system indicators and empirical data collection via electronic form with participants were used. The sample of research participants were health professionals included in the Family Health Strategy, these being: doctor, nurse, nursing assistant and technician, community health agent, social worker, dental surgeon, psychologist, technician and assistant in oral health, psychiatrist, physiotherapist and pharmacist. The research results point to the predominance of little knowledge of Policy. Regarding the perception of the participating professionals regarding the contributions generated from the Policy, responses were obtained related to the guarantee and expansion of access to health services, equitable and humanized care, as well as the recognition of the influence of racism on the health conditions of the community. black population.

**Keywords:** SUS; Health of the Black Population; Racism; Work in Health.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Modelo de Determinantes Sociais de Saúde **36**
- Figura 2 – Linha do tempo sobre as reivindicações à estruturação da saúde da população negra e PNSIPN, de 1980 a 2019. **38**

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Linhas de cuidado nos diferentes ciclos de vida e em populações vulneráveis, segundo Plano Municipal de Saúde Florianópolis do quadriênio 2022-2025

**43**

Quadro 2 - Quantidade de profissionais participantes por Centro de Saúde

**46**

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

AMPPIR - Assessoria Municipal de Políticas Públicas para a Promoção da Igualdade Racial

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPPS - Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde

CEPSH - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CTSPN - Comitê Técnico de Saúde da População Negra

CNPIR - Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial

CNDSS - Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COMPIR - Conselho Municipal de Promoção da Igualdade Racial

COPPIR - Coordenadoria de Políticas Públicas de Promoção para a Igualdade Racial

DSS - Determinantes Sociais de Saúde

EC - Emenda Constitucional

ESF - Estratégia Saúde da Família

GTI - Grupo de Trabalho Interministerial

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MNU - Movimento Negro Unificado

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

OS - Organizações Sociais

OSS - Organizações Sociais em Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua

PNS - Plano Nacional de Saúde

PPA - Plano Plurianual

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SEPPIR - Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SPN - Saúde da População Negra

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SGEP-MS - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2. RAÇA, RACISMO E SAÚDE</b>	<b>20</b>
2.1 Raça e racismo no Brasil	21
2.2 SUS: Fundamentos e Impasses na Implementação	25
2.3 Conceito Ampliado de Saúde e Determinantes Sociais de Saúde (DSS)	31
2.4 Condições de Saúde da População Negra	34
2.5 Fundamentos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)	38
<b>3. O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA (PNSIPN)</b>	<b>43</b>
3.1 Atenção à saúde da População Negra em Florianópolis	43
3.2 Desafios dos Profissionais de Saúde quanto a PNSIPN	46
3.3 O Conhecimento e Prática dos Profissionais de Saúde em Relação a PNSIPN	49
3.4 Potencialidades a partir da PNSIPN na Promoção da Saúde Integral da População Negra	55
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>59</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>61</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>72</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O racismo produz complexas disparidades sociais que afetam a população negra, principalmente em termos de acesso a recursos e políticas públicas na sociedade. Compreendendo-o como um sistema ideológico que possui a principal função de distinção de pessoas racializadas (não brancas) a partir de práticas discriminatórias e excludentes na sociedade, a presença do racismo na estrutura social historicamente confere desvantagens socioeconômicas à população negra. De acordo com Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD Contínua de 2022, o número de pessoas autodeclaradas pretas e pardas totalizam cerca de 55,9% da população total brasileira (IBGE, 2022). Logo, esses indicadores revelam que mais da metade da população brasileira é potencialmente impactada pela desigualdade estrutural ocasionada pelo racismo.

No campo da saúde, Monteiro (2004) afirma que a discriminação étnico-racial gera como resultado iniquidades no acesso e qualidade dos serviços de saúde, dando enfoque ao tratamento diferenciado que a população negra recebe nesses espaços. Desta forma, com vistas a reconhecer os impactos do racismo e enfrentar as iniquidades étnico-raciais na saúde, foi implementada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), com o objetivo de "promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS" (Brasil, 2013, p. 19).

Aproximadamente, cerca de 80% da população brasileira SUS-dependente se autodeclara negra (ONU, 2017). Mesmo sendo a maioria usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), são notáveis as disparidades sofridas pela população negra e demais minorias sociais racializadas, trazendo como resultado a falta de acesso e discriminação nos serviços de saúde e maior acometimento de doenças crônicas, culminando na iniquidade étnico-racial em saúde. De acordo com o documento *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*, "a proporção de pessoas que consultaram um médico no ano de 2017 é maior entre as pessoas brancas (74,8%) do que entre pretas (69,5%) e pardas (67,8%). Assim, as pessoas negras (pretos e pardos) ficam abaixo da média nacional, que é 71,2% (142,8 milhões), de pessoas que consultaram um médico em 2017" (Brasil, 2017, p. 14). Referente a acesso a medicamentos, dados apontam que 84,2% de pessoas

brancas tiveram acesso a todos os medicamentos solicitados, contra 80,4% de pessoas pardas e 81,1% de pessoas negras (Brasil, 2017).

Dentro deste contexto de desigualdade étnico-racial, com o protagonismo de ativistas do Movimento Social Negro (também conhecido como Movimento Negro Unificado - MNU) e pesquisadores, a partir da década de 1980 surgem as primeiras discussões sobre o tema de Saúde da População Negra (SPN) no Brasil a níveis de governo municipal e estadual, tendo como marco inicial a criação do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para Valorização da População Negra. A partir dele, originou-se a Mesa-Redonda sobre Saúde da População Negra, que conquistou avanços importantes para produção de dados epidemiológicos quanto a situação de saúde da população negra no país, sendo: inclusão do quesito cor nos sistemas de informação de nascidos vivos e mortalidade; identificação racial em pesquisas com seres humanos a partir da elaboração da Resolução 196/1996; e indicação de criação de uma política de atenção às pessoas com anemia falciforme, doença que possui maior acometimento em pessoas negras (Brasil, 2013).

Com a participação central do Movimento Social Negro nas 11<sup>a</sup> e 12<sup>a</sup> Conferências Nacionais de Saúde nos anos 2000 e 2003, abriu-se novos caminhos em busca de parâmetros que garantiam maior equidade étnico-racial e de gênero na política de saúde do país. Ainda em 2003, com a implementação da Lei 10.678/2003, criou-se a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), com o objetivo de coordenar e acompanhar diferentes políticas do governo, com vistas à promoção de igualdade e proteção de direitos de grupos raciais e étnicos (Brasil, 2013).

Em agosto de 2004, a partir da realização do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, foi assinado o Termo de Compromisso entre o Ministério da Saúde e SEPPIR referenciando o documento *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma questão de equidade*. No mesmo período, através da aprovação da Portaria nº 1678/2004, instituiu-se o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), mais um avanço importante no que se refere à promoção da igualdade racial dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2013).

Considerando os diversos fatores materiais, sociais, econômicos, psicológicos biológicos e políticos que determinam as condições de saúde da população, e partir

do reconhecimento das desigualdades étnico-raciais em saúde, foi instituída através da Portaria Nº 992, de 13 de maio de 2009 a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Sua implementação no SUS tem significado um marco para o reconhecimento do racismo como um determinante social das condições de saúde, e se torna um instrumento com o objetivo de viabilizar maior acesso da população negra ao serviço público de saúde, contribuir na desconstrução do racismo institucional, no sentido de reduzir as iniquidades étnico-raciais em saúde que incide sobre essa população (Brasil, 2017).

Diante deste inegável avanço no que tange ao reconhecimento e implicações do racismo na saúde, esta pesquisa parte do pressuposto de que os esforços para o conhecimento e execução da PNSIPN ainda são incipientes, se comparado ao número expressivo de pessoas pretas e pardas usuárias do SUS que compõem a população brasileira. Sendo assim, a discussão sobre sua aplicação e potencialidades podem e devem ser ampliados. A observação e os estudos deste cenário levaram a realização desta pesquisa, pois desenvolveu-se grande interesse nos temas relacionados à questão étnico-racial e saúde, onde a PNSIPN possibilita entrecruzar essas duas dimensões.

Sendo assim, esta pesquisa analisou como se desenvolve o trabalho de profissionais de saúde a partir da PNSIPN, com vistas à promoção da saúde integral da população negra, pelos profissionais de saúde em Centros de Saúde do município de Florianópolis/SC. A pesquisa buscou analisar o conhecimento dos profissionais de saúde participantes sobre os objetivos da PNSIPN, desafios para a sua operacionalização e contribuições geradas a partir da sua execução na promoção de saúde da população negra.

Como bem assegura Gil (2008), a pesquisa se configura em um procedimento sistemático e planejado, utilizado para desenvolver um método científico. Sua importância reside no objetivo central de encontrar soluções para os problemas levantados, sendo um subsídio para que o método científico atinja determinada finalidade, produzindo e agregando conhecimento. A metodologia utilizada nesta pesquisa caracteriza-se como pesquisa exploratória e descritiva. Segundo Gil (2008), a pesquisa de tipo exploratória possui planejamento flexível, e tem por objetivo explorar, desenvolver e analisar o tema, de modo a auxiliar na elaboração de soluções para os problemas apresentados. Geralmente é utilizada em temas

pouco abordados, comumente sem números expressivos de produções acadêmicas, o que requer deste nível de pesquisa uma visão mais abrangente sobre determinado assunto. Já a pesquisa de tipo descritiva possui a finalidade central de executar a descrição de fenômenos, utilizando-se de técnicas padronizadas para coleta de dados para a análise e interpretação dos resultados.

Diante do uso de materiais já elaborados, como livros, artigos científicos, monografias e documentos eletrônicos, a pesquisa também se configura como bibliográfica. De acordo com Lakatos; Marconi (2003, p. 159) existem dois tipos principais de documentos utilizados para a realização do levantamento de dados, sendo:

a) Fontes Primárias - dados históricos, bibliográficos e estatísticos; informações, pesquisas e material cartográfico; arquivos oficiais e particulares, registros em geral; documentação pessoal (diários, memórias, autobiografias); correspondência pública ou privada etc. b) Fontes Secundárias - imprensa em geral e obras literárias. [...] As duas tarefas, pesquisa bibliográfica e de campo, podem ser executadas concomitantemente.

Para a realização desta pesquisa utilizou-se tanto fonte dados de origem primária, visto que com a aplicação de questionário obteve-se dados ainda não analisados, como também dados de origem secundária, devido a coleta de informações bibliográficas, já disponíveis e analisadas.

Esta pesquisa foi devida e previamente aprovada pela Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde (CAPPS) da Escola de Saúde Pública de Florianópolis, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH/UFSC), a partir do Parecer Consubstanciado sob o número 6.173.400, aprovado na data de 10 de julho de 2023 (Anexo A).

Foram selecionados oito Centros de Saúde de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina, sendo duas unidades para cada região do município (Distritos sanitários do Centro, Norte, Sul e Continente). Foram selecionados os Centros de Saúde dos seguintes bairros: Prainha e Agronômica (região Central); Ingleses e Vargem Grande (região Norte); Tapera e Rio Tavares (região Sul); e Jardim Atlântico e Monte Cristo (região Continental). Os critérios para a escolha dos Centros de Saúde deu-se de forma não ordenada e aleatória. O público alvo foi profissional de saúde de equipes multiprofissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família (ESF). Os profissionais participantes do estudo foram: médico, enfermeiro, auxiliar e técnico

de enfermagem, agente comunitário de saúde, assistente social, cirurgião-dentista, psicólogo, técnico e auxiliar em saúde bucal, terapeuta ocupacional, psiquiatra, fisioterapeuta e farmacêutico.

Como procedimento metodológico para a coleta de dados foi selecionado o instrumento questionário, técnica de investigação bastante utilizada em pesquisas sociais, dotada de estrutura padronizada composta por questões abertas e/ou fechadas. A técnica tem por objetivo coletar dados a fim de conhecer uma realidade, percepções e interesses de determinado grupo ou sociedade (Gil, 2008). Como forma de tratamento e análise dos dados, essa pesquisa se constitui quali-quantitativa devido a aplicação de questionário estruturado composto por perguntas abertas e fechadas. Nesse sentido, a base da pesquisa possui abordagem hipotético-dedutiva, de modo a trabalhar com o conhecimento já existente, contribuir com sua ampliação e formular respostas para os problemas apresentados. A pesquisa foi definida como quali-quantitativa a fim de que se realize uma análise objetiva e subjetiva dos dados, de modo a investigá-los e descrevê-los. De acordo com Minayo (2001), a pesquisa qualitativa investiga os significados das ações e relações humanas, dando espaço à exploração e ao subjetivismo. Na pesquisa quantitativa requer-se o uso de ferramentas estatísticas como forma de análise e tratamento dos dados. (Prodanov, 2013).

A aplicação de questionário foi realizada de forma online via plataforma *Google Forms* nos 8 Centros de Saúde participantes localizados no município de Florianópolis/SC, visando a produção de dados que mensurem o conhecimento dos profissionais de saúde inseridos na Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a PNSIPN na sua relação com as diretrizes e os princípios do SUS, quais ações e desafios são enfrentados para a sua operacionalização e quais as possíveis contribuições da execução desta Política para a promoção da saúde integral da população negra. No total, o questionário foi composto por 15 perguntas, sendo 11 fechadas e 4 abertas. A questão referente ao nível de conhecimento sobre a Política estruturou-se em escala numérica entre 1 e 5 (muito baixo a muito alto), enquanto as demais questões fechadas estruturavam-se com opções de resposta já preenchidas para o profissional participante escolher.

No conjunto as perguntas buscaram identificar o perfil do profissional (faixa etária, escolaridade, raça/etnia, identidade de gênero e o Centro de Saúde que

trabalha), seu entendimento sobre a relação entre racismo e iniquidade étnico-racial na saúde e seu conhecimento sobre a PNSIPN, suas diretrizes e possíveis contribuições. Também buscou-se mapear o perfil dos usuários do Centro de Saúde de forma abrangente.

A partir desse levantamento de informações, objetivou-se identificar como os profissionais de saúde vinculados a Unidades Básicas de Saúde (UBS) desenvolvem seu trabalho, e analisar as contribuições geradas a partir da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) na sua relação com as diretrizes e os princípios do SUS, com vistas a contribuir na promoção da saúde integral da população negra.

Referente ao processo de coleta de dados via questionário, a coleta das respostas dos profissionais foi realizada durante o período de 24/07 a 15/09/2023. Como forma de contato, foram utilizados os canais de comunicação de e-mail, contato telefônico, envio de mensagens via aplicativo *WhatsApp* e visita presencial. Inicialmente, o convite à pesquisa foi realizado via e-mail para a coordenação e equipes multiprofissionais dos Centros de Saúde selecionados, juntamente em anexo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TECLE) (Apêndice A), convite virtual ilustrativo e código *QR Code* para maior facilidade de acesso ao questionário via dispositivo móvel (Apêndice C). Em seguida, foi realizado contato telefônico com os Centros de Saúde para apresentação e convite à pesquisa, bem como agendamento de visita presencial com vistas a aumentar a adesão dos profissionais de saúde, conforme orientação da Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde (CAPPS). Nesta etapa, percebeu-se dificuldades de contato telefônico com a metade dos Centros de Saúde selecionados - dos oito, foram efetivados contatos com metade (Centros de Saúde dos bairros Prainha, Agrônômica, Rio Tavares e Monte Cristo).

Quanto à visita presencial, foram agendadas com os Centros de Saúde dos bairros Prainha e Rio Tavares para os dias 28/07 e 31/07/2023, respectivamente. As visitas foram objetivas, onde à coordenação do Centro de Saúde foi apresentada a pesquisa e entregue o convite impresso de participação à pesquisa. Não foram agendadas visitas presenciais nos demais Centros de Saúde devido a falta de resposta.

No decorrer do período em que o formulário esteve disponível para a coleta das respostas identificou-se baixa adesão dos profissionais. Como forma de reforço do convite, foram realizados contatos semanais por e-mail, ligações e envio de mensagens via aplicativo WhatsApp diretamente para as equipes da Estratégia Saúde da Família e coordenação. Da estimativa inicial de coletar 80 respostas, depois de 50 dias obtivemos 23 respostas dos profissionais de todos os oito Centros de Saúde selecionados.

Este estudo realizado, aqui apresenta-se como um relatório de pesquisa em forma de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de graduação em Serviço Social se estrutura da seguinte forma: no capítulo sobre Raça, Racismo e Saúde é discutido o conceito de raça, tipos de racismo (concepções individualista, institucional e a estrutural) e situação socioeconômica da população negra brasileira. Nos subcapítulos 2.2 'SUS: Fundamentos e Impasses na Implementação, 2.3 'Conceito Ampliado de Saúde e Determinantes Sociais (DSS)', foram discutidas a trajetória de implementação do SUS, entendimento do conceito ampliado de saúde e determinantes sociais que influenciam o processo saúde-doença da população. No subcapítulo 2.4 'Condições de Saúde da População Negra' são trazidos dados sobre a situação de saúde e doenças que acometem em maior proporção a população negra, bem como indicadores de acesso da população ao SUS. No subcapítulo 2.5 são discutidos os 'Fundamentos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra' apresentou-se objetivos, diretrizes e eixos estratégicos da PNSIPN.

No capítulo seguinte 'O trabalho dos profissionais de saúde e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)' é composto pelo subcapítulo 3.1 'Atenção à Saúde da População Negra em Florianópolis' são listadas legislações municipais e aparelhos institucionais voltados à saúde da população negra; no subcapítulos 3.2 'Desafios dos Profissionais de Saúde quanto a PNSIPN', 3.3 'O Conhecimento e Prática dos Profissionais de Saúde em relação a PNSIPN' e 3.4 'Potencialidades a partir da PNSIPN na Promoção da Saúde Integral da População Negra' são apresentados os resultados do questionário respondido pelos profissionais participantes dos Centros de Saúde selecionados.

## 2. RAÇA, RACISMO E SAÚDE

### 2.1 Raça e racismo no Brasil

O conceito de raça teve seu surgimento há alguns séculos atrás e remonta a um período em que sua criação serviu de base para a diferenciação entre indivíduos da espécie humana. Em meados do século XVI, a utilização do termo é estabelecida a partir de fundamentos econômicos e políticos da sociedade, e desde então seu uso contribuiu para a construção do conceito de homem pela filosofia moderna, ancorado principalmente no movimento iluminista na época (Almeida, 2019).

Dentro da corrente filosófica iluminista, e com a ascensão das ciências modernas, emerge a concepção poligenista, que defende a ideia da existência de diferenças de origem naturais entre seres humanos, relacionadas à evolução biológica. Decorrente desta concepção surge a ideia de raça, onde são reforçadas as diferenças fenotípicas entre as pessoas, servindo para diferenciá-las através deste conceito (Schucman, 2012).

O uso do conceito de raça, apoiado na ideologia cientificista, serviu como base para a construção de uma ideologia para justificar uma série de processos de dominação e subordinação exercidos pela civilização europeia sob outras civilizações, principalmente a partir da escravização de povos africanos, genocídio de pessoas judias durante o período da Segunda Guerra Mundial, e juntamente ao incentivo aos processos de colonização e expansão do sistema capitalista mundial (Schucman, 2012). Percebe-se o uso da ideia de racialização para justificar a classificação e hierarquização de humanos a partir do conceito de raça. Segundo Munanga (2009) em nome da diferenciação de raça diversos conflitos históricos foram travados ao longo da história da humanidade, como o genocídio em massa de indígenas nas Américas, extermínio de judeus e ciganos durante a Segunda Guerra Mundial, bem como processos de segregação racial (Apartheid) em países como África do Sul e Estados Unidos.

No Brasil, último país no mundo a abolir a escravidão, o período de trabalho forçado deixou marcas profundas na população negra até os dias atuais. Após a abolição da escravidão, apesar de ser a maioria da população, negros e negras sofriam sistematicamente com a discriminação no mercado de trabalho e na

sociedade, representando minoria econômica, cultural e política no país (Nascimento, 1978)<sup>1</sup>. Além da opressão, marginalização e violência sob esses corpos, vemos que a restrição e negação de direitos é historicamente uma realidade dura e expressiva que acomete esta população até hoje.

Atualmente, dados divulgados de 2021 pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) apontam que a população brasileira é composta por 43% das pessoas autodeclaradas como brancas, 47% pardas e 9,1% pretas (IBGE, 2021). Logo, pretos e pardos representam 56,1% da população total brasileira.

Analisando dados atuais sobre mercado de trabalho e distribuição de renda, segundo levantamento também realizado pela PNAD em 2021, verifica-se a taxa de desocupação, indicador que mensura a proporção de pessoas fora do mercado de trabalho, que “a taxa de desocupação foi de 11,3% para pessoas brancas, contra 16,5% para pessoas pretas e 16,2% para pessoas pardas” (IBGE, 2022, p. 03). Ainda em 2021, referente ao nível de ocupação informal, os dados apresentam diferenças significativas entre brancos, pretos e pardos: os percentuais de pessoas ocupadas em trabalhos informais atingiu 43,4% entre pretos e 47,0% entre pardas, enquanto para brancos durante o mesmo ano foi de 32,7% (IBGE, 2022). É correto afirmar que o crescimento da informalidade no mercado de trabalho se configura em uma das formas de precarização das condições de trabalho, visto que muitas vezes não há a garantia de direitos sociais e trabalhistas, como remuneração digna, direito a férias e aposentadoria, por exemplo. Ao longo das últimas décadas vimos o nível de trabalho informal crescer exponencialmente no Brasil, abrindo espaço para o surgimento de novas atividades no mercado de trabalho, produzindo como efeito maiores precarização do trabalho e das condições objetivas da vida dos trabalhadores, negação do acesso a direitos, reprodução e manutenção da desigualdade social e pobreza, que, na realidade brasileira, acomete a população preta e parda em maior proporção (Costa, 2010).

Ao analisar indicadores sobre a educação no país apontam que em 2022 “havia 9,6 milhões de pessoas com 15 anos ou mais de idade analfabetas, o equivalente a uma taxa de analfabetismo de 5,6%” (IBGE, 2023, p. 2). No mesmo

---

<sup>1</sup> Para maior contexto histórico recomenda-se a leitura: NASCIMENTO, Abdias. O Genocídio do Negro Brasileiro: Processo de um Racismo Mascarado. Editora Paz e Terra. Rio de Janeiro, 1978.

ano, verifica-se que a taxa de analfabetismo entre a população branca com faixa etária a partir dos 15 anos era de 3,4%, enquanto na população preta e parda da mesma faixa etária corresponde a um índice de 7,4% (IBGE, 2023). Observando os indicadores de faixa etária e raça/cor, constata-se que o analfabetismo é majoritariamente predominante entre pessoas mais velhas, pretas e pardas no Brasil.

Dados sobre violência entre os anos 2008 e 2018 revelam aumento de 11,5% na taxa de homicídios entre negros, enquanto para não-negros houve diminuição 12,9% no mesmo período. Considerando o recorte de gênero, vemos que 68% das mulheres assassinadas no ano de 2018 eram negras, enquanto 75,7% eram homens negros (IPEA, 2020).

Diante desse cenário:

Uma das principais expressões das desigualdades raciais existentes no Brasil é a concentração dos índices de violência letal na população negra. Enquanto os jovens negros figuram como as principais vítimas de homicídios do país e as taxas de mortes de negros apresentam crescimento ao longo dos anos, entre os brancos os índices de mortalidade são significativamente menores quando comparados aos primeiros e, em muitos casos, apresentaram redução nos últimos anos (IPEA, 2020, p. 18)

Na sociedade, o fenômeno do racismo pode se apresentar de diferentes formas, que, conforme Almeida (2019), é composto de três diferentes concepções, sendo: a individualista, a institucional e a estrutural. Respectivamente, a concepção individualista remete aos aspectos e condutas comportamentais, analisado através de um viés ético e moral, onde o indivíduo é visto como o único responsável pelo fenômeno. Apesar de sua importância no que tange a atribuir responsabilidade ao indivíduo pela sua conduta, seu entendimento é limitado pelo fato de possuir uma perspectiva fragmentada da realidade, uma vez que se concentra na micro expressão deste complexo fenômeno. Já a concepção institucional está atrelada ao senso de poder, onde parte-se da ideia de que as instituições além de serem responsáveis por moldar o comportamento humano na sociedade, também realiza a função de absorver os conflitos societários e equalizá-los. Esses conflitos, sejam eles de classe, gênero e/ou raça, atravessam a dinâmica institucional, tornando este um espaço de disputa, onde determinados grupos - socialmente privilegiados - utilizam de suas ferramentas como forma de impor seus interesses políticos e econômicos. E, por fim, a concepção estrutural, que dada sua centralidade, se

configura na principal categoria. Devido ao seu ponto de vista mais abrangente (visão de totalidade), nela entendemos o racismo como um componente estruturante da ordem social, ou seja, sua configuração é basilar na sociedade e possui significativa importância dentro do sistema de reprodução capitalista. É através dela que as demais concepções se expressam, ocasionando sua manifestação em diferentes âmbitos.

Nesse sentido, as instituições desempenham um papel importante dentro da estrutura social. Cabe dizer que

Em uma sociedade em que o racismo está presente na vida cotidiana, as instituições que não tratem de maneira ativa e como um problema a desigualdade racial irão facilmente reproduzir as práticas racistas já tidas como "normais" em toda a sociedade. É o que geralmente acontece nos governos, empresas e escolas em que não há espaços ou mecanismos institucionais para tratar de conflitos raciais e sexuais (Almeida, 2019, p. 32).

De acordo com Moore (2007), os recursos essenciais disponíveis em nossa sociedade atualmente estão intrinsecamente interligados a níveis de acesso a políticas públicas de saúde, educação, moradia, emprego, lazer e demais serviços públicos. Ainda de acordo com o autor "o racismo veda o acesso a tudo isso, limitando para alguns, segundo seu fenótipo, as vantagens, benefícios e liberdades que a sociedade outorga livremente a outros, também em função de seu fenótipo" (Moore, 2007, p. 284).

No Brasil, desde o período de escravidão, as instituições já desempenhavam papel importante na ordem social. De acordo com Moura (2014), os aparatos administrativo, ideológico e militar desta dinâmica social entre senhores de engenho e escravos, tendem a buscar a manutenção do equilíbrio social. Atualmente, vemos que ainda as instituições possuem como uma de suas funções principais exercer o controle, logo, mostra-se tão importante a compreensão e análise crítica de sua dinâmica na reprodução do racismo.

Geledes (2012) afirma que o racismo institucional, ou racismo sistêmico, se configura em um mecanismo estrutural que tem como função garantir a subordinação e exclusão social de grupos racializados na sociedade brasileira: negros, indígenas e ciganos. Ainda de acordo com o autor

O racismo institucional ou sistêmico opera de forma a induzir, manter e condicionar a organização e a ação do Estado, suas instituições e políticas públicas – atuando também nas instituições privadas, produzindo e reproduzindo a hierarquia racial (Geledes, 2012, p. 17).

Sendo assim, em via de regra, o racismo institucional, além de exercer e reproduzir a exclusão e desigualdade, também impõe aparatos de controle contra minorias sociais racializadas. Podemos perceber que, conforme citado acima, esse quadro remete a iniquidade de acesso a instituições e serviços pela população negra. Não é exagero afirmar que esse tema dispõe de relevância e ainda deve ser amplamente discutido com vistas a mudar este cenário e as condições de saúde da população negra.

## 2.2 SUS: Fundamentos e Impasses na Implementação

A partir da luta pela democratização da saúde e uma nova reestruturação dos serviços de saúde do país, é proposta pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), movimento social nascido no início da década de 1970 no contexto de luta contra a ditadura Civil Militar, a criação do SUS. O cenário das condições e acesso à saúde da população brasileira eram alarmantes antes de sua implementação. No final da década de 1960 e início da década de 1970, nos governos de Costa e Silva e Emílio G. Médici, grande parte da população se encontrava desempregada, logo, sem nenhum acesso a direitos previdenciários e de saúde. Além disso, esse período foi profundamente marcado pela mercantilização e incentivo à privatização da saúde (Lima, *et. al*, 2005).

Diante desse cenário, a partir do início da década de 1960, nascia no interior das universidades, especificamente nos departamentos de medicina preventiva, as bases do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), tecendo críticas às ciências sociais positivistas (Escorel, 1999).

Em sua estrutura, a RSB era constituída de forma diversa por docentes, profissionais de saúde, estudantes e movimentos estudantis da área da saúde, e movimentos populares progressistas organizados com o objetivo de reivindicar melhores condições de vida e acesso aos serviços públicos, incluindo os de saúde (Teixeira, 1989). Nascia aqui um movimento social e político que, ao mesmo tempo que se colocava contra a conjuntura política da época, exigia uma reforma social com mudanças expressivas na sociedade brasileira e democratização da saúde.

De acordo com o documento *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo*, “em uma conjuntura recessiva e de crise de legitimidade política do regime, a saúde passava a ser politizada e o complexo saúde-doença interpretado sob uma ótica social (...)” (Brasil, 2006, p. 38). Logo, percebe-se que as reivindicações exercidas pela sociedade civil organizada contra o Estado intensificam a fragilização do regime militar vigente, abrindo margem para o início de um processo de transição democrática.

As pautas elencadas pelo RSB buscavam a defesa de um novo sistema de saúde, da democracia e dos direitos sociais (Paim, 2017). Em meio às mudanças no cenário político e ideológico da redemocratização do país, abriram margem para a organização e realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em março de 1986. Por sua estrutura e organização singulares, é considerado um marco político-sanitário na época, se comparado às demais conferências de saúde realizadas anteriormente (Mendes, 1999). De acordo com o autor, essa conferência se destaca devido a duas características principais:

Uma, pelo seu caráter democrático, pela significativa presença de milhares de delegados, representativos de todas as forças sociais interessadas na questão saúde. Outra, sua dinâmica processual, que se iniciou por conferências municipais, depois estaduais, até chegar ao âmbito federal (Mendes, 1999, p. 62).

A VIII CNS e seus trabalhos técnicos desenvolvidos tiveram grande influência em dois processos que iniciariam um ano após, em 1987: a criação e implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e a elaboração da nova Constituição Federal Brasileira de 1988. Respectivamente, enquanto o primeiro propunha uma gestão descentralizada e municipalizada dos serviços de saúde, o segundo objetivava dar corpo constitucional e fornecer diretrizes no tocante à saúde pública no país (Mendes, 1999).

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) teve início a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, onde a saúde é definida como um direito universal e dever por parte do Estado em fornecê-la de forma pública e igualitária, além de determinar que as ações e serviços públicos de saúde brasileiro compõem um sistema único através de uma rede regionalizada e hierarquizada, seguindo as diretrizes basilares de descentralização, atendimento integral (com foco em ações preventivas) e participação da comunidade (Brasil, 1988).

O SUS foi regulamentado através da Lei nº 8.080/1990, onde são definidas as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a estruturação e funcionamento dos serviços de saúde. Nela, além de definir os objetivos de identificar fatores e condicionantes determinantes da saúde, formular políticas de saúde em atenção aos campos socioeconômico e assistência (Brasil, 1990), estão expressos os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) que norteiam as ações e serviços públicos de saúde:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras [...] (BRASIL, 1990)

Em sua estrutura hierárquica, o SUS é composto por Redes de Atenção à Saúde (RAS) definida por três níveis: primário, secundário e terciário. A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como porta de entrada dos usuários ao Sistema, sendo representado por uma rede extensa de Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde são atendidos agravos em saúde mais comuns; nela, também são desenvolvidos programas de prevenção e promoção à saúde. No nível secundário, também chamado de Média Complexidade, desenvolvido em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e policlínicas, é composto por profissionais especializados com o fornecimento de equipamentos mais avançados. Por fim, no nível terciário, definido como Alta Complexidade, são realizados em grandes hospitais procedimentos de alto risco que demandam grande aparato tecnológico (Bleicher, *et. al*, 2016).

Para o SUS, baseado no modelo de seguridade social, uma sociedade democrática deve ser guiada por valores de igualdade e equidade, sem privilégios e discriminações (Paim, 2015). Esse Sistema, que possui como princípios os conceitos de integralidade, equidade e universalidade em sua estrutura, inegavelmente se constitui em uma grande conquista da população brasileira. Contudo, o subfinanciamento de recursos, defasagem na formação e precarização do trabalho de profissionais, e o avanço da privatização da saúde são alguns dos desafios enfrentados para se atingir a efetivação deste direito social. Com o predomínio da ideologia do Estado Mínimo, observa-se a diminuição constante de recursos destinados ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal prática acarreta em ações focalizadas na Atenção Primária à Saúde (APS), somente garantindo o mínimo para a população pobre, enquanto abre margem para a privatização dos demais serviços e precarização das relações de trabalho e remuneração, através do processo de terceirização como forma de contratação (Santos, 2007).

Logo, apresentam-se desafios importantes a serem enfrentados para proporcionar a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). É também coerente refletir sobre a promulgação da Emenda Constitucional (EC) 95/2016 do Teto de Gastos Públicos, que limita por 20 anos os gastos públicos nas áreas da Saúde, Educação e Assistência Social. Neste contexto, para Paim (2018), apesar do SUS sentir os impactos do subfinanciamento desde os últimos anos, com a EC 95/2016 esse processo tornou-se ainda mais intensificado. O mais preocupante, contudo, é

constatar que em paralelo há concessão de privilégios e benefícios ao setor privado, que além de fortalecê-lo, também impulsiona o processo de privatização dos serviços de saúde.

De acordo com Paim (2018), a carência de infraestrutura pública, a ausência de planejamento progressivo, os desafios envolvidos na implementação de redes na regionalização e as dificuldades enfrentadas na transformação dos modelos de atendimento e nas práticas de saúde também comprometem o alcance universal e equitativo dos serviços de saúde. Isso resulta na perpetuação do modelo médico predominante, que prioriza mais o tratamento da doença em detrimento da promoção e prevenção da saúde, favorece a ênfase em hospitais e serviços especializados, e dá menos ênfase à atenção primária, à comunidade e ao território.

Para CFESS (2010), o conceito de universalidade no Sistema Único de Saúde (SUS) está longe de ser alcançado. Com isso, destaca-se que a priorização das ações privadas, tornando-as essenciais, o desfinanciamento e a criação de dois subsistemas, onde o atendimento básico é responsabilidade do Estado enquanto o atendimento ambulatorial e especializado fica sob comando do setor privado, estão substituindo os valores universais, coletivos e solidários por valores focalistas, individualistas e corporativos. Como consequência, tem sua atuação voltada para os segmentos pobres da população, sob gerência do Estado, e a fragmentação do Sistema, descaracterizando seu princípio de integralidade.

Essa fragmentação é ainda mais preocupante quando analisamos o alto volume de processos de judicialização para acesso a bens e serviços de alto custo no Sistema Único de Saúde (SUS) e a expansão do mercado privado. Conforme mencionado por Santos (2008, p. 430), "esse fenômeno vem aprofundando a iniquidade e a fragmentação do atendimento, tornando o SUS complementar ao mercado, refém do "modelo da oferta" e mais "pobre para os pobres". Logo, na visão do autor, a combinação da falta de investimento no SUS juntamente com o incentivo à expansão do mercado privado de saúde, produzem iniquidades em saúde, haja vista que não são todos que conseguem acesso aos serviços, como também culmina no rompimento dos próprios princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

A responsabilidade do financiamento do SUS está estruturada de forma tripartite, tendo os governos Federal, Estadual e Municipal a incumbência da destinação de recursos para a saúde. De acordo com Souza (2020), desde a sua

concepção, o SUS sofre com o repasse insuficiente de recursos financeiros para garantir uma saúde integral, pública, universal e de qualidade.

Nesse contexto, apesar do Brasil possuir um sistema de saúde universal, a privatização e investimento na rede de serviços de saúde privada é uma realidade cada vez mais latente. Sob o discurso da má gestão de recursos por parte do poder público e com vistas a garantir maior eficiência, os gastos com o setor privado são maiores em comparação ao setor público (CONASS, 2012).

A terceirização dos serviços de saúde em todos os níveis da gestão pública do SUS também é uma realidade. Dados da MUNIC 2021 revelam a aderência a esse modelo de gestão por municípios e serviços de saúde do SUS, tendo sua principal concentração na região Sudeste do país, com 26,0% dos municípios apresentando gestão terceirizada; seguido da região Sul, com 16,5%; Centro-Oeste com 12,0%, e Nordeste e Norte, com índices de terceirização de 9,9% e 5,8%, respectivamente (IBGE, 2022). A gestão por Organizações Sociais (OS) ou Organizações Sociais em Saúde (OSS), modalidade de gestão privada mais empregada no SUS, traz como alguns dos desafios a precarização das condições de trabalho dos profissionais, diminuição do vínculo do serviço de saúde com a comunidade, falta de incentivo à ações de educação permanente, causando impactos diretos na qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS (Shimizu; Veronezi, 2020). É importante ressaltar que, mesmo que de forma indireta, a modalidade de gestão privatizada também enfraquece a participação da sociedade através do controle social do SUS.

Logo, percebemos que o subfinanciamento traz implicações importantes na estrutura do SUS, se colocando como um desafio macro para a operacionalização não somente da PNSIPN e atendimento aos seus princípios e diretrizes, mas também às demais políticas de saúde existentes.

Fica evidente que, diante deste quadro, que o Sistema Único de Saúde (SUS) possui grande potencial de democratizar o acesso à saúde, ainda mais quando pensamos em sua estrutura inscrita tanto nos marcos legais quanto sua definição construída pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileiro (RSB). No entanto, ações como o aumento da destinação de recursos públicos, inversão da lógica de privatização dos serviços e mudanças de modelo de gestão deverão ser adotadas para a democratização da saúde através do SUS.

É urgente a ampliação das discussões sobre a realidade do serviço público de saúde brasileiro para que não somente consigamos visualizar a trajetória, contradições e conquistas vigentes, mas para que, sobretudo, não sejam permitidos retrocessos e que possamos seguir reivindicando a efetiva consolidação do SUS. É importante considerar que ainda há um grande caminho a ser percorrido.

Segundo Paim (2015; 2018) o SUS, apesar de enfrentar diversas dificuldades e vulnerabilidades, demonstrou conquistas notáveis ao longo das últimas três décadas. Seus elementos centrais eram guiados por um conjunto de princípios e diretrizes essenciais para promover a democratização da saúde, da sociedade, do setor público e da cultura. Atualmente, podemos afirmar que, ao longo das últimas décadas, foram dados passos significativos em direção à promoção da participação social e à busca pela universalidade. No que se refere à equidade e integralidade, no entanto, o progresso foi mais modesto.

O autor deixa claro que, apesar de alguns avanços, ainda estão colocados desafios importantes a serem superados para que o Sistema Único de Saúde (SUS) se consolide de forma efetiva. Se faz necessário, além de amplas discussões, lutas e mobilizações políticas constantes para que a saúde seja definitivamente um direito de todos os cidadãos brasileiros.

### 2.3 Conceito Ampliado de Saúde e Determinantes Sociais de Saúde (DSS)

O conceito de saúde sofreu significativas transformações em nível mundial ao longo dos últimos séculos. Vimos esse conceito deixar de ser compreendido apenas como antítese da ausência de doença, a partir da concepção biomédica, para uma definição mais ampliada, reconhecendo que as condições de vida possuem relação e causam impacto nesse indicador. Em 1946 a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde de forma mais abrangente, sendo um estado não meramente de ausência de doença, mas uma condição completa que integra bem-estar físico, mental e social (Segre, *et. al*, 1997).

Mais tarde, na 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada no Brasil em 1986, além de explicitar a saúde como dever do Estado e direito dos cidadãos brasileiros, definiu-se seu conceito como produto do amplo espectro das condições

de acesso, alimentação, trabalho e renda, habitação, educação, meio ambiente, lazer e liberdade, e acesso aos serviços de saúde (Brasil, 1986). Nesse sentido, a saúde é compreendida como um conceito concreto e multifatorial que produz e determina as condições de saúde da população. Em 1990, a partir da definição descrita na Lei Nº 8080, destaca-se que a saúde de um país reflete a sua estrutura social e econômica, sendo influenciada por diversos fatores, incluindo alimentação, habitação, saneamento, meio ambiente, emprego, renda, educação, atividade física, transporte, entretenimento e a disponibilidade de bens e serviços essenciais (Brasil, 1990).

Como bem nos assegura Fleury e Ouverney (2012), junto ao entendimento da política de saúde como uma política social, surge a necessidade em afirmar a saúde como um direito de todos, inerentes à condição de cidadania. Essa condição possui um sentido coletivo, que liga todos os membros da sociedade, a partir de um viés de solidariedade e comunitário, dentro de uma dimensão pública.

Nesse sentido, é interessante entender que esse conceito se contrapõe a perspectiva mercadológica da saúde, onde os membros da sociedade são vistos em sua individualidade, em uma dimensão privada. Na Constituição Federal Brasileira de 1988, ao considerar a saúde como direito social, compreende-se que além do conceito possuir dimensão pública, é dever do Estado fornecer as condições apropriadas para garantir o acesso de toda a população.

A partir das diversas transformações ocorridas ao longo dos anos, ainda hoje temos diferentes concepções do conceito de saúde em voga. Contudo, mesmo com diferenças, percebe-se um ponto em comum entre elas, sendo as condições multifatoriais para a construção e entendimento deste conceito. De acordo com Buss e Filho (2017, p. 78):

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.



forma intersetorial, visto que a saúde é produto resultante das condições expressas em cada um desses fatores.

#### 2.4 Condições de Saúde da População Negra

Diante do quadro de desigualdade brasileira, já pudemos evidenciar que o racismo produz disparidades sociais, refletindo sobretudo em termos de acesso a recursos e políticas públicas na sociedade. Se tratando especialmente no campo da saúde, percebemos iniquidades de acesso e atendimento nesses espaços pela população negra. Dados de 2008 revelam que do público total atendido pelo SUS, 67% era representado por negros, enquanto 47,2% por brancos. Analisando por renda identificou-se que a maioria dos usuários possuem renda entre um quarto e meio de salário mínimo, o que evidencia que a população negra e de baixa renda são os grupos que acessam o SUS em maior proporção (Brasil, 2017).

Ao analisar a taxa de não atendimento pelo sistema de saúde brasileiro nos anos de 1998 e 2008 revelam-se disparidades de raça/cor e gênero. Entre homens brancos o percentual atingiu 1,4%, enquanto entre homens pretos e pardos atingiu-se taxa de 2,6%. Entre mulheres, o percentual foi de 1,9% para brancas, enquanto para negras chegou a 3,8%. Uma mulher negra possui 2,6 vezes mais probabilidade de não ser atendida ao procurar algum serviço de saúde do que um homem branco (Paixão, *et. al*, 2010). Além da disparidade racial, os indicadores evidenciam também diferenças expressivas entre os gêneros, independente da raça/cor. Por ocuparem socialmente o lugar do cuidado, as mulheres tendem a cuidar mais da saúde de forma preventiva, enquanto os homens, possuem maior resistência à cuidados em saúde e geralmente recorrem aos serviços de saúde para tratamentos de fins curativos.

Dados da PNAD apresentados no *Relatório Anual de Desigualdades Raciais no Brasil* apontam disparidade entre brancos, pretos e pardos em termos de acesso aos serviços de saúde. Em 2008, cerca de 52,0% (equivalente a 14,3 milhões) de pessoas da cor branca, e 47,1% (equivalente a 11,1 milhões) de pessoas pretas e pardas, procuraram algum serviço de saúde no período de referência da pesquisa. No mesmo ano, em termos de realização de consulta médica, evidenciam-se os

percentuais de 78,5% para mulheres e 61,4% para homens brancos (as), enquanto tem-se 73,8% para mulheres e 56,5% de homens pretos (as) e pardos (as) que haviam consultado um médico em 2008. (Paixão, *et. al*, 2010).

Segundo o documento *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*, no ano de 2014, a proporção de pessoas que consultaram um médico foi maior entre pessoas brancas (74,8%) do que entre pretas (69,5%) e pardas (67,8%). Desagregando pelo indicador de raça/cor, os dados revelam a iniquidade de acesso aos serviços de saúde pela população negra, mesmo sendo a que acessa o SUS em maior proporção (Brasil, 2017).

Aliando-se a esse contexto, apresenta-se como agravante a prevalência de doenças genéticas/hereditárias na população negra em comparação com a população branca, como diabetes *mellitus* tipo II, anemia falciforme, hipertensão arterial e deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase (Brasil, 2017). De acordo com Monteiro (2004), apesar de comumente as causas dessas doenças serem atribuídas a fatores genéticos, há uma gama de fatores que influenciam nesse cenário, tais como fatores socioambientais e psicossociais, além de condições históricas e econômicas.

Para além da predisposição da população negra no acometimento a essas doenças, há também outras que incidem sobre essa população que são determinadas, principalmente, por fatores sociais. Conforme Werneck (2016), doenças como alcoolismo, verminoses, gastroenterites, tuberculose e desnutrição devem-se às condições de vida e acesso da população negra aos serviços de saúde, afetando diretamente no diagnóstico e tratamento destas e de outras infecções. Com sua exposição, destaca-se os impactos da iniquidade étnico-racial no acesso à saúde presentes no serviço público de saúde, com enfoque no Sistema Único de Saúde (SUS).

Entre pobres, pretos e pardos e população com índice de escolaridade baixo há predominância de tuberculose e hanseníase. Entre os anos 2001 e 2008, foram registrados 621 mil casos de tuberculose. Destes, 34,5% correspondiam a pessoas pretas e pardas, contra 23,2% pessoas brancas. Correlacionando com o alcoolismo, doença também predominante na população negra, os percentuais são ainda mais discrepantes: de 24,8% em homens pretos e pardos, e 6,5% em mulheres pretas e pardas, enquanto em homens e mulheres da cor branca o percentual foi de 19,2% e

3,5%, respectivamente. Em contrapartida, casos sem registro do indicador raça/cor chamam a atenção: nos casos de tuberculose cerca de 40,5% não tiveram a cor ou raça identificados (Paixão, *et. al*, 2010). Logo,

O comportamento destes indicadores sinaliza, portanto, que os registros de agravos de notificação e óbitos sem cor ou raça identificada [...], tendem a ocultar com mais intensidade os casos incidentes sobre os pretos e pardos. (Paixão, *et. al*, 2010, p. 44-45)

Vemos aqui a importância do preenchimento do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde, tanto para o entendimento da situação de saúde, como também para a produção de indicadores que servirão como direcionamento à elaboração de políticas públicas direcionadas à população negra.

Dados sobre a pandemia da covid-19 no Brasil nos revelam maior prevalência de mortes na população negra. Dados produzidos por pesquisadores independentes realizada em 5.500 municípios do país evidenciam que 55% dos pacientes negros com covid-19 hospitalizados em estado grave morreram, em comparação com 34% dos pacientes brancos (ABRASCO, 2021). As condições materiais de vida (pobreza, insegurança alimentar e condições precárias de moradia e saneamento) e a própria vivência do racismo são alguns dos agravantes que favoreceram maior acometimento fatal na população negra.

Há evidências de que existem diferentes fatores que levam à vulnerabilidade das condições de saúde da população negra. Neste contexto, fica claro que "as relações entre etnia/raça e saúde devem ser entendidas a partir de fatores econômicos, históricos e socioculturais, incluindo os efeitos do preconceito étnico-racial na definição dos agravos à saúde" (Monteiro, 2004, p. 53). A partir disso, torna-se fundamental considerar o conjunto de Determinantes Sociais de Saúde (DSS), analisando fatores biopsicossociais que favorecem o acometimento de doenças, justamente pelo fato de que o processo de saúde-doença não é mero resultado de fatores de ordem biológica. É necessário analisar todo o panorama e suas influências para então compreendermos de forma objetiva e crítica as reais causas dessa realidade. O mais preocupante, contudo, é assegurar que todos esses fatores sejam considerados em análises de saúde para a produção de dados epidemiológicos assertivos para subsidiar a formulação, monitoramento e avaliação de políticas públicas de saúde.

As condições de saúde da população negra não são resultadas de ações contingentes, mas, pelo contrário: são condições estruturadas que visam exercer o controle dessa população – e demais minorias sociais racializadas - através de aparatos estatais. Os Estados modernos abrem margem para que a população seja mais propensa às faltas de acesso, informação e meios de prevenção aos serviços de saúde, com vistas a favorecer um cenário historicamente racista (Monteiro, 2004).

De acordo com Barata (2009, p. 56):

a discriminação praticada contra determinados grupos étnicos é um meio de expressar e institucionalizar relações sociais de dominação e repressão. É um fenômeno sancionado socialmente, justificado pela ideologia e expresso em relações pessoais e institucionais, visando ao privilégio dos grupos dominantes às custas da exclusão e dominação dos outros.

Com sua contribuição, a autora deixa claro que as condições de saúde forjam um cenário complexo e desigual, envolvendo questões relacionadas a poder e dominação. Esse é o motivo pelo qual é importante frisar esse ponto, uma vez que esse conjunto de variáveis irão esclarecer e determinar as iniquidades em saúde que afetam a população negra. Ainda de acordo com a autora

No Brasil, embora nunca tenha havido um sistema consolidado de segregação racial, a população negra sofre sistematicamente maior desvantagem social. A concentração desta população é maior nas regiões mais pobres do país, seu nível de desenvolvimento humano é inferior ao da população em geral, o acesso a saneamento básico, educação e postos de trabalho também é significativamente menor (Barata, 2009, p. 61).

Nesse contexto, é notável que os impactos do racismo não repercutem unicamente e de forma isolada nas condições de saúde, mas de forma extensa e estruturada, afetando diferentes âmbitos da vida social dessa população. Vemos que além de produzir disparidades socioeconômicas, o racismo, de forma inegável, gera vulnerabilidades e iniquidades em saúde. Segundo Monteiro (2013), devido às desvantagens contidas nas estruturas sociais, a população negra é acometida pelo desprovimento de acesso a atendimento médico, educação e emprego de qualidade e à justiça. Essa situação é acentuada ao somarmos os critérios de raça/etnia e renda, junto ao critério de gênero. Silva, *et al.* (2020) menciona que mulheres negras, devido às opressões de cunho sexista e racista, ocupam lugar de maior vulnerabilidade e de violação de direitos à saúde na sociedade.

Desta forma, de acordo com Werneck (2016, p. 544):

É importante recordar que o racismo e a longa trajetória de discriminações, combinados à persistência da precariedade e baixa qualidade dos serviços destinados a determinadas camadas da população, interpõem-se entre profissionais e usuários, influenciando visões preconceituosas e estereotipadas por parte de profissionais em relação a integrantes de grupos subordinados e dificultando o estabelecimento de relações de confiança, seja entre profissionais e usuários, ou entre estes e os serviços e todo o sistema de saúde.

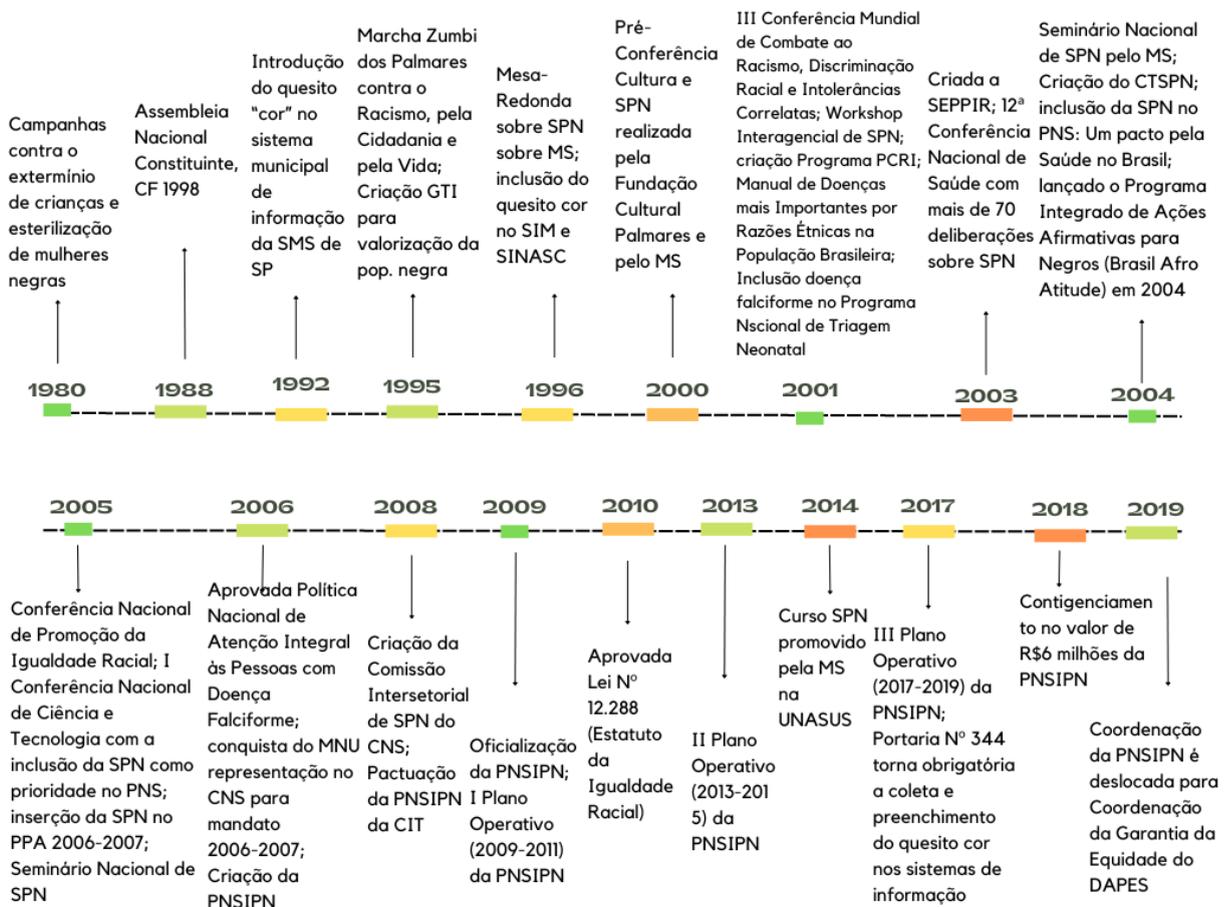
Fica evidente, diante desse quadro, a necessidade de intervenção efetiva e coordenada nos serviços de saúde. Para isso confere-se a importância de discussões de temas relacionados a racismo e sobre Saúde da População Negra (SPN), bem como a importância de realizar análises de saúde fundamentadas na perspectiva dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS), onde o racismo desempenha papel central para a manutenção das iniquidades étnico-raciais em saúde. Mostra-se também fundamental a estratégia de coleta e produção de dados epidemiológicos segregados por raça/cor nos sistemas de informação em saúde para subsidiar a formulação, monitoramento e avaliação de políticas públicas de saúde, com vistas a garantir maior equidade étnico-racial em saúde para a população negra e demais minorias sociais racializadas.

## 2.5 Fundamentos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída a partir da promulgação da Portaria GM/MS Nº 992, de 13 de maio de 2009, é uma das políticas de promoção de equidade étnico-racial em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua implementação possui como marco principal o reconhecimento do racismo e da desigualdade étnico-racial, que produz impactos negativos nas condições de saúde desta população. A partir dela, o Ministério da Saúde (MS) reconhece a importância e necessidade da criação de aparatos de promoção de saúde da população negra e enfrentamento ao racismo institucional, com intenção de superar barreiras institucionais e cotidianas que geram indicadores de saúde alarmantes nessa população, como maior acometimento a doenças crônicas e infecciosas, precocidade de óbitos, taxas elevadas de mortalidade materna e infantil e altos índices de violência registrados (Brasil, 2017).

No entanto, até a aprovação desta Política houve uma longa trajetória percorrida, com protagonismo do Movimento Social Negro Brasileiro, também conhecido como Movimento Negro Unificado (MNU) e de diversos pesquisadores. Teve como marco central a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em meados de 1986, dentro do contexto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Em paralelo a isso, durante o mesmo período, o movimento de mulheres negras foi responsável por conferir maior evidência ao debate sobre a saúde da mulher negra, sobretudo a questões relacionadas a saúde sexual e reprodutiva, em um contexto onde denunciava-se a esterilização em massa forçada de mulheres negras (Brasil, 2013).

**Figura 2 - Linha do tempo sobre as reivindicações à estruturação da saúde da população negra e PNSIPN, de 1980 a 2019.**



Fonte: Adaptado pela autora de Werneck (2010).

Historicamente, vemos que a participação tanto do Movimento Negro Unificado (MNU) brasileiro, como do movimento de mulheres negras, ao pautar iniquidades étnico-raciais no campo da saúde, foi fundamental para a criação de políticas e aparelhos institucionais voltados para a população negra ao longo das últimas décadas. O tema da Saúde da População Negra (SPN) começou a ser discutido no âmbito governamental a partir da década de 1980. Mais tarde, em 1995, após reivindicações formuladas a partir da Marcha Zumbi dos Palmares, foi criado o GTI pela Valorização da População Negra e do Subgrupo Saúde. A partir do GTI, em 1996, organizou-se a Mesa Redonda sobre Saúde da População Negra, que produziu resultados importantes, sendo: inclusão do quesito cor no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC); construção da Resolução CNS nº 196/96; e indicação da criação de uma política nacional a pessoas com anemia falciforme - mais tarde aprovada através da Portaria Nº 1.391, de 16 de agosto de 2005 (Brasil, 2013).

Ilustrando mais uma conquista importante para o Movimento Negro, no dia 23 de maio de 2003, através da aprovação da Lei Nº 10.678, foi criada a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), vinculada ao gabinete da Presidência da República e ao Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial (CNPIR). Seu principal objetivo foi de realizar discussões e propor políticas públicas direcionadas à população negra, visando à promoção da igualdade racial e a construção de mecanismos que assegurem o acesso desta população aos diversos setores da vida social (Santos, *et. al*, 2016).

A PNSIPN tem como objetivo geral "promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS" (Brasil, 2013, p. 19). Com o intuito de definir estratégias e ações de implementação para a aplicação da PNSIPN foi elaborado o II Plano Operativo da PNSIPN (2013-2015). Com vistas a garantir sua operacionalização foram definidos 5 diferentes eixos estratégicos, sendo eles:

- 1) Acesso da população negra nas redes de atenção à saúde;
- 2) Promoção e Vigilância em Saúde;
- 3) Educação Permanente em Saúde e Produção do Conhecimento em Saúde da População Negra;
- 4) Fortalecimento da participação e controle social;
- e 5) Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população negra" (CONASS, p. 3, 2013).

Esses eixos estratégicos nortearam a elaboração das diretrizes gerais da PNSIPN, responsáveis por orientar e definir o direcionamento da política para atingir os objetivos propostos:

- I - inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde;
- II - ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde;
- III - incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;
- IV - promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas;
- V - implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo; e
- VI - desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades (Brasil, 2009, p. 18-19).

O II Plano Operativo da PNSIPN (2013-2015), diante do caráter transversal da Política, prevê sua intersecção com o Plano Nacional de Saúde (PNS), preconizadas nas diretrizes do instrumento, principalmente no que compete a garantia do acesso à população e promoção integral à saúde, assim como realiza intersecção com as demais políticas do SUS para a operacionalização e aplicação das estratégias definidas de maneira combinada (Brasil, 2011, 2020; CONASS, 2013).

Assim como ocorre na gestão do SUS, a implementação da PNSIPN ocorre de maneira descentralizada, através da União, Estados e municípios brasileiros, juntamente com a cooperação do Ministério da Saúde. De acordo com Batista, *et. al* (2013, p. 683), "a responsabilidade por sua implementação coube às diversas Secretarias Estaduais e Municipais e órgãos do Ministério da Saúde, sob a coordenação geral da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP-MS)". Seguindo essa estrutura, e com vistas a garantir e acompanhar a implementação da PNSIPN foi instituído o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), através da Portaria Nº 1.678, de 13 de agosto de 2004. Suas atribuições competem a proposição de estratégias de promoção de equidade racial em saúde, apresentar subsídios técnicos e políticos no processo de elaboração de instrumentos como o Plano Nacional de Saúde (PNS) e Plano Plurianual (PPA), além de participar do acompanhamento e avaliação de ações

programáticas, seguindo as orientações preconizada nas diretrizes da PNSIPN. O corpo do CTSPN deve ser composto, ao total, por 33 representantes de diferentes órgãos e entidades, contando com maior representação do Movimento Negro, referenciando a participação de movimentos sociais e controle social da população (Brasil, 2014). Logo, destaca-se a importância central deste espaço para a efetiva implementação e fortalecimento da PNSIPN, bem como seu monitoramento e avaliação dentro dos espaços institucionais do SUS.

Com o fim da vigência do II Plano Operativo (2013-2015), após o hiato de um ano sem plano vigente, provavelmente impactado pela conjuntura política e processo de impeachment da ex-presidente Dilma Rousseff em 2016, foi aprovado através da Resolução N° 16, de 30 de março de 2017 o III Plano Operativo da PNSIPN (2017-2019). Apesar da conjuntura política instável e marcada com o retorno do neoliberalismo com o governo sob o comando de Michel Temer (Godoi, *et. al*, 2023), o III Plano Operativo da PNSIPN (2017-2019) seguiu com os mesmos eixos estratégicos já estabelecidos no Plano anterior, com o objetivo de assegurar o processo de implementação da PNSIPN nos Estados, Distrito Federal e municípios (Brasil, 2017).

Quanto à questão orçamentária, para execução das ações definidas o financiamento da PNSIPN é também realizado de forma descentralizada, através do repasse automático aos Estados, União, Fundos Municipais de Saúde, e outras modalidades (Ministério da Saúde, 2008). Sendo assim, seu financiamento deve ser previsto através dos instrumentos Plano Plurianual (PPA), Plano Nacional de Saúde (PNS) e Plano Municipal de Saúde (PMS), prevendo a destinação de recursos para a implementação, monitoramento e avaliação da PNSIPN. Contudo, nota-se ainda desafios estruturais para a efetiva implementação da Política: a falta de financiamento, volume insuficiente de CTSPN em estados e municípios, desconhecimento da população usuária e o próprio racismo institucional que atravessam os espaços do SUS são algumas das barreiras que vemos na efetivação concreta da PNSIPN (Magalhães, 2021). A compreensão desses fatores é essencial para além de identificar os desafios colocados, também contribuir para a elaboração de estratégias que visam mitigar esses impactos.

### 3. O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA (PNSIPN)

#### 3.1 Atenção à saúde da População Negra em Florianópolis

Em Florianópolis, as organizações dos serviços de saúde do município são orientadas e planejadas a partir do Plano Nacional de Saúde (PNS), Plano Estadual de Saúde (PES) e Plano Municipal de Saúde (PMS). Estes instrumentos são essenciais para o entendimento da situação de saúde da população, das condições estruturais e de atendimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do município, bem como a definição de diretrizes para acompanhamento de indicadores de saúde.

De acordo com dados de 2021 apresentados no relatório de *Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil*, dos 7,33 milhões de pessoas que compõem a população de Santa Catarina, a população branca é maioria representando 81,5%, enquanto a população negra (pretos e pardos) equivalem a 18,1% do total (IBGE, 2022).

Na consulta ao Plano Municipal de Saúde de Florianópolis 2018-2021, não foram identificadas diretrizes e/ou metas específicas no que concerne à saúde da população negra (SPN) (Florianópolis, 2018). A busca foi realizada através das palavras chaves “população negra”, “saúde da população negra” e “negro”. Já na consulta do último Plano Municipal de Saúde de Florianópolis (PMS) 2022-2025, realizada através das mesmas palavras chaves, destaca-se a diretriz 03:

Assegurar os princípios constitucionais do SUS, universalidade do acesso, integralidade e equidade, garantindo o acesso e atendimento às populações vulneráveis (população em situação de rua, negros, pessoas com deficiência, LGBTI+, populações tradicionais, pessoas vivendo com HIV/AIDS, populações privadas de liberdade, usuários dos serviços de saúde mental e de álcool e drogas, profissionais do sexo) em 100% das unidades de saúde e demais serviços de saúde (Florianópolis, 2022, p. 108)

Esta diretriz é guiada pelos seguintes objetivos: “objetivo 3.1: melhorar o cuidado materno, infantil e da mulher” e “objetivo 3.2: melhorar o cuidado nos diferentes ciclos de vida e em populações vulneráveis” (Florianópolis, 2023, p. 108-109). Neste último, destaca-se duas metas voltadas à SPN no que compete a implementação de sete linhas de cuidado e populações vulneráveis, e redução no índice de óbitos precoces entre negros e brancos até 2025.

**Quadro 1. Linhas de cuidado nos diferentes ciclos de vida e em populações vulneráveis, segundo Plano Municipal de Saúde Florianópolis do quadriênio 2022-2025**

Nº	Descrição da meta	Situação atual da meta	Unidade de Medida	Meta Plano 2022-2025	Meta 2022	Meta 2023	Meta 2024	Meta 2025
3.2.1	Implementar sete linhas de cuidado dos diferentes ciclos da vida (crianças, adolescentes, idosos) e populações vulneráveis	0	Número absoluto	7	2	4	6	7
3.2.2	Redução da diferença de óbitos precoces entre negros e brancos para 2 até 2025	2,8	Taxa	2,5	-	2,7	2,5	2
3.2.3	Redução dos anos de vida perdidos por 1000 habitantes/ano em homens para 150 anos por 1000 habitantes até 2025	171,09	Taxa	150	-	170	160	150
3.2.4	Aumentar para 95% o percentual de beneficiários do Auxílio Brasil acompanhados adequadamente pela saúde até 2025	54,58%	Percentual	95%	-	75%	85%	95%

Fonte: Adaptado pela autora. Plano Municipal de Saúde 2022-2025 (Florianópolis, 2022).

Para além destas metas, não foram identificadas no PMS 2022-2025 outras e demais diretrizes voltadas a indicadores específicos relacionados à SPN. É interessante destacar que na seção de análise de indicadores de saúde relacionadas a cada diretriz, os dados são apresentados de forma geral, sem segregação de dados de raça/cor, o que permitiria o entendimento da situação de saúde da população negra no município de Florianópolis.

Quanto a mecanismos institucionais em Florianópolis voltados a fomentar políticas e serviços pertinentes à igualdade racial temos a implementação da Coordenadoria Municipal de Políticas Públicas para a Promoção da Igualdade Racial (COPPIR), aprovada através da Lei Nº 7511, de 27 de dezembro de 2007, com o objetivo de “assessorar, assistir, apoiar, articular e acompanhar ações, programas e

projetos voltados à promoção da igualdade racial” (Florianópolis, 2007). Contudo, decorrente da recente reforma administrativa aprovada através da Lei Nº 18.646/2023, a COPPIR foi extinta e rebaixada ao título de assessoria, sendo intitulada como Assessoria Municipal de Políticas Públicas para a Promoção da Igualdade Racial (AMPPIR). Ainda dentro desse bojo temos o Conselho Municipal de Promoção da Igualdade Racial (COMPIR). Criado através da Lei Nº 7507, de 27 de dezembro de 2007, o COMPIR tem como atribuições: assessoramento, formulação de diretrizes, promoção e desenvolvimento de ações e atividades voltadas a comunidades historicamente discriminadas por motivos étnico-raciais (Florianópolis, 2007).

Outro aparato institucional importante, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS), é o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN). Oficialmente instituído no município de Florianópolis através da aprovação do Decreto 8958, de 20 de abril de 2011, o CTSPN se configura em uma peça central no processo de implementação da PNSIPN. Sua atuação é voltada na análise epidemiológica da SPN, definição de ações de saúde a partir das demandas da população negra do município e ações intersetoriais (Costa, 2022).

Em Florianópolis, percebe-se a fragilidade de sua implementação, onde o CTSPN passou por reestruturações desde o ano de 2019. Após reivindicações dos movimentos sociais ocorridas na Conferência Livre de Saúde da População Negra, realizada em março de 2023 na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sobre a falta de implantação da PNSIPN em Florianópolis, foi proposta a reorganização de um novo corpo gestor do CTSPN para dar andamento às ações e atividades no que concerne à saúde da população negra (UFSC, 2023). Nesse contexto, a efetiva implantação do CTSPN ainda se coloca como um desafio para a operacionalização da PNSIPN no município de Florianópolis.

Referente aos níveis de atenção à saúde do SUS, os Centros de Saúde (ou Unidade Básica de Saúde - UBS) compõem a Atenção Primária à Saúde (APS) da estrutura do SUS. Atualmente, em Florianópolis há 49 Centros de Saúde implantados no município (Florianópolis, 2022). A APS, também denominada como Atenção Básica, se configura como porta de entrada das demandas de saúde e primeiro ponto de contato com os usuários de determinado território. É caracterizada por executar ações individuais e coletivas de saúde, abrangendo a promoção,

prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos e reabilitação da saúde (Brasil, 2006). É o nível responsável por fornecer assistência continuada, atendendo grande parte das mais variadas necessidades de saúde. Também coordena os cuidados com os usuários quando atendidos em outros níveis de atenção (Lavras, 2011).

A APS é orientada a partir de diretrizes elencadas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), fundamentada nos eixos transversais preconizados na constituição do SUS: universalidade, integralidade e equidade. Sua fundamentação está baseada no acesso universal e contínuo aos serviços de saúde; efetivação da integralidade relacionadas a ações de promoção, prevenção e vigilância à saúde; desenvolvimento de vínculos entre as equipes e população do território; formação e capacitação continuada dos profissionais de saúde; acompanhamento e avaliação de ações programáticas em saúde e incentivo à participação popular e controle social. Na APS o trabalho é organizado a partir de equipes multidisciplinares, seguindo a estratégia prioritária Saúde da Família (ESF) para o cuidado em saúde da população adstrita ao território (Brasil, 2006). Logo, vemos que os Centros de Saúde ocupam lugar estratégico na estrutura do SUS no cuidado em saúde, e atuação e desenvolvimento de ações no território para atendimento aos usuários.

### 3.2 Desafios dos Profissionais de Saúde quanto a PNSIPN

O conhecimento sobre a PNSIPN é a porta de entrada para a sua implementação, avaliação e monitoramento. Considerando que o objetivo desta pesquisa visa analisar como se desenvolve o trabalho de profissionais de saúde a partir da PNSIPN em Centros de Saúde do município de Florianópolis/SC, possuir o entendimento sobre seus objetivos e diretrizes são fundamentais para a sua execução.

Inicialmente, tinha-se a estimativa de coletar cerca de 80 respostas. Deste número, efetivou-se 23 participantes na pesquisa de todos os Centros de Saúde selecionados. Durante o processo de realização da pesquisa, que durou cerca de 50 dias, encontrou-se dificuldades dos Centros de Saúde durante este período: baixa adesão dos participantes, dificuldade de contato por telefone e WhatsApp foram os principais desafios para a coleta das respostas. A rotina e dinâmica de

trabalho dos profissionais e nível de atividades desempenhadas na APS são questões que potencialmente refletem na baixa adesão dos participantes. Como forma de mitigar esse cenário, foram realizados envio de e-mails semanais e mensagens via WhatsApp aos Centros de Saúde para reforçar a importância da participação. Também foram realizadas visitas presenciais para realizar convite de participação à pesquisa junto à coordenação dos Centros de Saúde Prainha e Rio Tavares, contudo, não se observou impacto significativo no número de respostas, visto que o número de respostas coletadas destes não foram maiores que os demais.

Referente ao perfil dos profissionais participantes da pesquisa, obteve-se maior número de respostas advindas do Centro de Saúde Tapera com 6 (26,1%); seguido de 4 (17,4%) do Centro de Saúde Monte Cristo; 3 (13%) dos Centros de Saúde Ingleses, Agronômica e Rio Tavares cada um; 2 (8,7%) do Centro de Saúde Prainha e 1 (4,3%) dos Centros de Saúde Vargem Grande e Jardim Atlântico cada um.

#### **Quadro 2. Quantidade de profissionais participantes por Centro de Saúde**

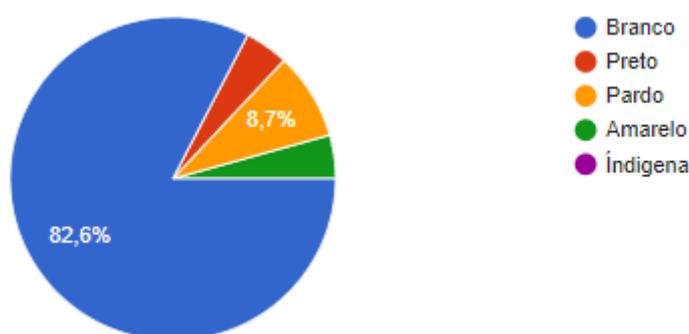
<b>Centro de Saúde</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Participantes (%)</b>
Tapera	6	26,1%
Monte Cristo	4	17,4%
Ingleses	3	13%
Agronômica	3	13%
Rio Tavares	3	13%
Prainha	2	8,7%
Vargem Grande	1	4,3%
Jardim Atlântico	1	4,3%

Fonte: Sistematização da autora com base nos resultados do formulário de pesquisa aplicado com apoio da Plataforma *Google Forms*. Resultados colhidos entre o período 24/07 a 15/09/2023.

Quanto à faixa etária, 12 participantes (52,2%) possuem de 20 a 35 anos, seguido por 11 participantes (47,8%) com faixa entre 36 a 50 anos de idade. Sobre escolaridade, a ampla maioria, equivalente a 22 participantes (95,7%) possui ensino superior completo/incompleto, enquanto somente 1 (4,3%) possui ensino médio completo.

Quanto à raça/etnia dos participantes, a maioria equivalente a 19 profissionais (82,6%) se autodeclarou como branca, seguido de 2 (8,7%) como parda, 1 (4,3%) como preta e igualmente 1 (4,3%) como amarela. Já referente a identidade de gênero, 100% dos participantes se identificaram como pessoas cisgêneras.

### Gráfico 1 – Raça/cor dos profissionais participantes



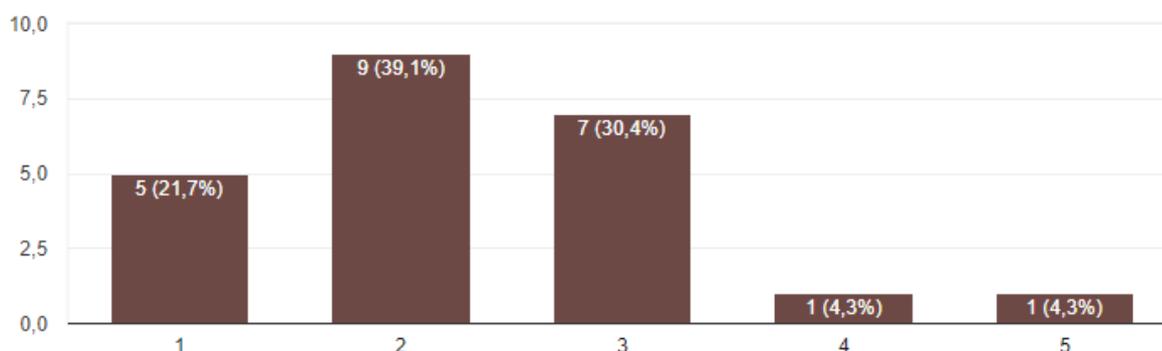
Fonte: Sistematização da autora com base nos resultados do formulário de pesquisa aplicado com apoio da Plataforma *Google Forms*. Resultados colhidos entre o período 24/07 a 15/09/2023.

Já quanto ao perfil geral dos usuários que acessam os Centros de Saúde selecionados, segundo as respostas dos profissionais participantes, o público atendido é bastante variado, tendo usuários de todas as idades, sobretudo entre as faixas etárias de 30-70 anos. Quanto à escolaridade, com exceção do Centro de Saúde Rio Tavares, destaca-se a predominância de respostas de índice de escolaridade baixo em todos os Centros de Saúde participantes. Já referente à raça/cor dos usuários, novamente, o público atendido se apresenta bastante diverso, contudo, observou-se que especialmente nos Centros de Saúde Jardim Atlântico, Agrônômica, Monte Cristo, Prainha e Tapera, a maioria dos usuários é definida como preta/parda e com ensino básico incompleto.

### 3.3 O Conhecimento e Prática dos Profissionais de Saúde em Relação a PNSIPN

Ao analisar os dados do questionário sobre o nível de conhecimento dos profissionais sobre a PNSIPN e suas propostas, definido por uma escala numérica considerando 1 muito baixo e 5 alto, identificou-se que a maioria dos participantes não conhecem ou possuem nível de conhecimento baixo (60,8%) sobre a Política.

**Gráfico 2 – Nível de conhecimento dos profissionais participantes sobre a PNSIPN**



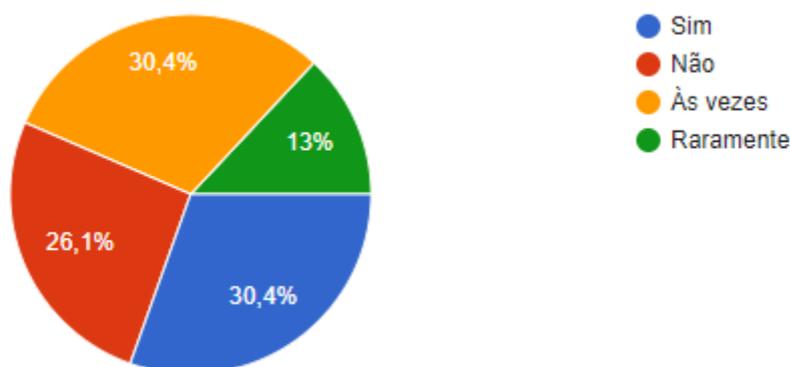
Fonte: Sistematização da autora com base nos resultados do formulário de pesquisa aplicado com apoio da Plataforma *Google Forms*. Resultados colhidos entre o período 24/07 a 15/09/2023.

No nível de conhecimento 1 houve o percentual de 21,7%, o nível de conhecimento 2 atingiu o maior percentual de 39,1%. Cerca de 30,4% dos participantes atribuíram nível intermediário de conhecimento 3. Já nos níveis 4 e 5, que equivale aos níveis mais altos de conhecimento sobre a PNSIPN, alcançou-se somente o percentual de 8,6% representando dois profissionais.

Os dados encontrados revelam baixo conhecimento sobre a PNSIPN pelos profissionais de saúde dos Centros de Saúde participantes da pesquisa. Batista e Barros (2017) já apontaram desconhecimento sobre a PNSIPN por parte dos profissionais, como também pelos usuários do SUS. Um estudo realizado com gestores municipais do SUS revela a falta de conhecimento sobre a PNSIPN ou sua importância como uma das dificuldades para a sua implantação (Rinehart, 2013). Invariavelmente, o indicador de nível de conhecimento reflete diretamente na rotina de trabalho dos profissionais.

Ao questionar se o profissional aplicava alguma diretriz da PNSIPN em seu cotidiano profissional, 7 dos participantes (30,4%) afirmaram que sim, 7 (30,4%) às vezes, 6 (26,1%) responderam que não, e 3 (13%) responderam que raramente aplicam alguma diretriz da PNSIPN em sua rotina de trabalho nos Centros de Saúde.

**Gráfico 3 – Aplicação de diretrizes da PNSIPN pelos profissionais participantes**



Fonte: Sistematização da autora com base nos resultados do formulário de pesquisa aplicado com apoio da Plataforma *Google Forms*. Resultados colhidos entre o período 24/07 a 15/09/2023.

Comparando este dado com o nível de conhecimento dos profissionais, evidencia-se certa contradição entre as respostas. Enquanto 60,8% dos profissionais relataram nível baixo e muito baixo de conhecimento, o mesmo percentual indica que há aplicação de diretrizes da PNSIPN no seu cotidiano profissional. Pode-se supor que as contradições apresentadas nas duas respostas se atribuem à consonância da PNSIPN com as diretrizes básicas do SUS, levando ao profissional aplicar, mesmo de forma indireta, suas diretrizes.

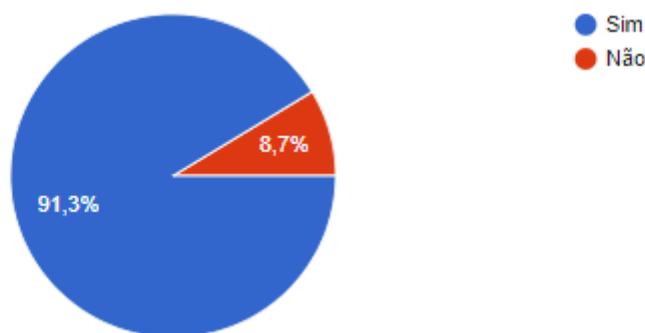
De acordo com Matos, *et. al* (2018), considerando a transversalidade entre as diretrizes do SUS e a PNSIPN, sobretudo às relacionadas aos princípios de universalidade, integralidade e igualdade de acesso e assistência aos serviços de saúde, pressupõem-se que os participantes já tenham aplicado na prática alguma diretriz da PNSIPN em seu cotidiano de trabalho, contudo não conseguem identificar pois desconhecem a Política.

Dessa forma, fica evidente a importância de ampliar discussões e sensibilização dos profissionais de saúde sobre a PNSIPN nos processos de Educação Permanente do trabalho no SUS, a fim de implementar suas diretrizes gerais e específicas para a promoção da saúde integral da população negra.

- **Racismo como demarcador de desigualdade no acesso à saúde**

Considerando o racismo como demarcador de desigualdade no acesso à saúde, os participantes foram questionados, em questão fechada, se afirmavam ou não concordavam com a afirmação. A ampla maioria, 21 (91,3%) dos profissionais, afirmaram que acreditam que o racismo pode ser considerado um demarcador de desigualdade no acesso à saúde, enquanto 2 (8,7%) responderam que não acreditam nessa relação.

**Gráfico 4 – Reconhecimento do racismo como demarcador de desigualdade no acesso à saúde pelos profissionais participantes**



Fonte: Sistematização da autora com base nos resultados do formulário de pesquisa aplicado com apoio da Plataforma *Google Forms*. Resultados colhidos entre o período 24/07 a 15/09/2023.

Apesar da maioria dos participantes compreender que o racismo produz impactos no processo saúde-doença da população negra, é válido pontuar que no Brasil o mito da democracia racial ainda é um elemento presente no imaginário social, sendo reforçado pela mídia e reproduzido cotidianamente por indivíduos na sociedade (Santos, *et. al*, 2013).

Na saúde, pode-se perceber barreiras comportamentais tanto por parte de usuários negros e profissionais de saúde. De acordo com Werneck (2016), como consequência, pode-se constatar redução da busca e acesso por usuários negros aos serviços de saúde por questões relacionadas à compreensão de informações e dificuldade de aderência aos tratamentos prescritos, por exemplo, necessitando maior competência cultural e respeito à diversidade racial por parte dos profissionais de saúde. Como barreiras institucionais, apresentam-se desafios relacionados ao financiamento e distribuição de recursos da saúde.

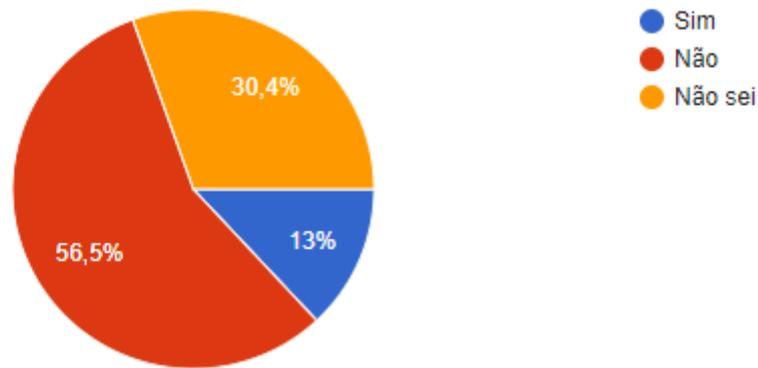
Nesse sentido, torna-se importante a promoção de discussões com profissionais de saúde e usuários nos serviços de saúde do SUS, sobretudo o âmbito da APS, sobre racismo e sua relação com as condições de saúde da população negra.

- **Educação Permanente em Saúde (EPS)**

Ao questionar sobre o incentivo à produção de conhecimento e discussões sobre SPN no seu Centro de Saúde, a maioria dos participantes correspondente a 13 (56,5%) informaram que não há; 7 (30,4%) informaram que não sabem; enquanto somente 3 (13%) informaram que há o incentivo à produção de conhecimento em SPN.

Neste mesmo bojo, a EPS, que tem como finalidade a discussão crítica e reflexiva de práticas cotidianas de trabalho, objetivando mudanças em níveis de processo de trabalho e gestão em saúde (Silva, *et. al*, 2017), se coloca como espaço potencializador de capacitação e produção de conhecimento sobre SPN.

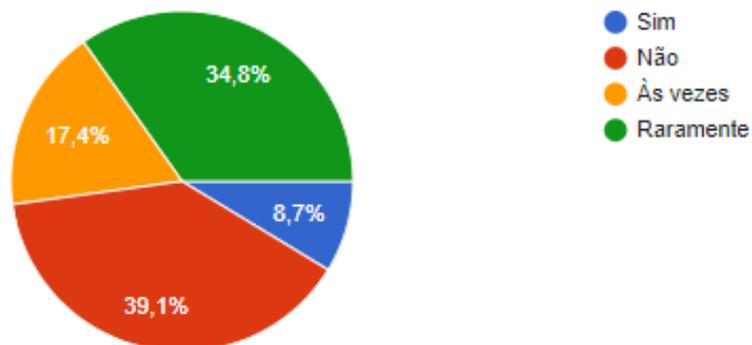
### Gráfico 5 – Incentivo à produção de conhecimento sobre SPN



Fonte: Sistematização da autora com base nos resultados do formulário de pesquisa aplicado com apoio da Plataforma *Google Forms*. Resultados colhidos entre o período 24/07 a 15/09/2023.

Ao analisar dados do questionário referente a promoção de discussões relacionadas à SPN e racismo dentro da EPS, nota-se uma defasagem na abordagem destas temáticas: 9 (39,1%) dos participantes informaram que não há discussão sobre essas temáticas; 8 (34,8%) informaram raramente, 4 (17,4%) indicaram às vezes, enquanto que somente 3 (8,7%) responderam que sim.

### Gráfico 6 – Discussões relacionadas à SPN e racismo no Programa EPS



Fonte: Sistematização da autora com base nos resultados do formulário de pesquisa aplicado com apoio da Plataforma *Google Forms*. Resultados colhidos entre o período 24/07 a 15/09/2023.

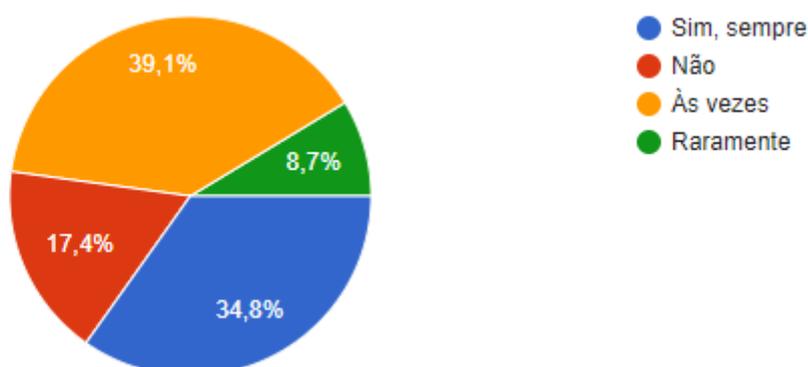
A EPS busca o aperfeiçoamento e qualificação constante de profissionais e processos de trabalho para a melhoria do acesso, qualidade e humanização em todos os níveis de atenção do SUS (Brasil, 2018). Entretanto, estudos evidenciam

dificuldades relacionadas à ausência de ações planejadas de educação; pouca articulação entre gestores, profissionais, controle social e instituições de educação; e carência de orientação para a construção de projetos (Silva, *et. al*, 2017; Brasil, 2018). Desta forma, destacam-se como desafios o fortalecimento da EPS no SUS e a produção de conhecimento científico e tecnológico em SPN, em consonância com as diretrizes da PNSIPN.

- **Inclusão do quesito raça/cor**

Outro desafio importante que se coloca para a operacionalização da PNSIPN é o preenchimento do quesito raça/cor. Instituída oficialmente através da Portaria Nº 344, de 17 de fevereiro de 2017 (Brasil, 2017), seu preenchimento é obrigatório em todos os formulários dos sistemas de informação em saúde. Ao questionar os profissionais sobre seu cadastramento e inclusão; 9 (39,1%) informaram que às vezes realizam o preenchimento; 8 (34,8%) informaram sempre; 4 (17,4%) informaram que não; e 2 (8,7%) relataram que raramente preenchem esse indicador. Considerando sua obrigatoriedade, constata-se um percentual expressivo que apontam para a não atenção do quesito raça/cor pelos profissionais de saúde participantes deste estudo.

**Gráfico 7 – Preenchimento do quesito raça/cor pelos profissionais participantes nos formulários dos sistemas de informação em saúde**



Fonte: Sistematização da autora com base nos resultados do formulário de pesquisa aplicado com apoio da Plataforma *Google Forms*. Resultados colhidos entre o período 24/07 a 15/09/2023.

A inclusão deste indicador, recomendada e prevista nos objetivos da PNSIPN, é essencial para o enfrentamento do racismo institucional no SUS e compreensão das iniquidades em saúde através de dados desagregados de raça/cor (Silveira, *et. al*, 2021). Seu uso permite identificar necessidades de saúde da população negra do território e auxiliar na criação e planejamento de ações estratégicas baseadas em informações epidemiológicas (Brasil, 2013). Sendo assim, o preenchimento do quesito raça/cor afeta diretamente a operacionalização, avaliação e monitoramento da PNSIPN, além de impactar a formulação de políticas públicas direcionadas para a população negra.

Em síntese, os resultados da pesquisa indicam as tendências de nível baixo de conhecimento sobre a PNSIPN pela maioria dos profissionais participantes e o reconhecimento do racismo como um demarcador de desigualdade no acesso à saúde, compreendendo-o como um Determinante Social de Saúde (DSS). Evidenciou-se também a carência de incentivo à produção de conhecimento e discussões sobre os temas SPN e racismo nos Centros de Saúde e no programa de EPS, bem como a insuficiência do preenchimento obrigatório do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde.

### 3.4 Potencialidades a partir da PNSIPN na Promoção da Saúde Integral da População Negra

É inegável que a operacionalização da PNSIPN produz impactos positivos, tanto no fortalecimento geral dos princípios e diretrizes do SUS, como na particularidade da atenção à saúde da população negra. Ao questionar a percepção dos participantes sobre as possíveis contribuições em incorporar a PNSIPN no cotidiano profissional, respostas relacionadas à maior acesso a usuários negros, melhora na qualidade do atendimento e entendimento da influência do racismo no processo saúde-doença da população negra, foram algumas das considerações destacadas. Nas 23 respostas descritivas coletadas dos participantes da pesquisa foi utilizada a identificação com a letra 'P' seguida de número para distinguir as respostas de cada profissional.

A garantia e ampliação do acesso da população negra aos serviços de saúde é um dos objetivos da PNSIPN (Brasil, 2013). Em consonância a esse objetivo, os participantes da pesquisa descreveram, revelando certa sintonia e acordo com a Política:

*Principalmente ampliação de acesso. (P1)*

*Maior inclusão dos usuários e conhecimento para o profissional. (P16)*

*Melhor compreensão das condições de saúde da população negra, bem como promover o melhor acesso aos bens e serviços em saúde destinados também a essa população, pois carecem de olhar mais apurado para suas enfermidades que sempre estão atreladas à situação de (extrema) vulnerabilidade socioeconômica. (P19)*

Historicamente, a população negra sofre discriminações decorrentes da exploração e escravização forçada ao longo da história brasileira. Essa realidade reflete em desvantagens sociais em diferentes aspectos, incluindo o campo da saúde (Neto, *et. al*, 2015). Considerando este cenário, a PNSIPN visa reduzir as disparidades étnico-raciais em saúde, através do viés de equidade no atendimento a usuários negros.

Também identificamos um número representativo de respostas relacionadas à garantia de equidade no atendimento à população negra nos serviços de saúde, ponto este que é preconizado também na PNSIPN, repete e reforça nos princípios gerais do SUS, possuindo relação direta com o conceito de igualdade no acesso e atendimento da população usuária:

*Atendimento com equidade, com atenção especial a essa população que realmente necessita de um atendimento diferenciado, com mais atenção devido a toda questão histórica de desigualdade. (P2)*

*Melhora no atendimento à população integrando aos serviços e orientações referente às características predominantes a esta população. (P6)*

*Atendimento humanizado e digno para esta população. (P7)*

*Atenção à saúde com equidade; enriquecimento do conhecimento em saúde ao ampliar as formas de pensamento e de compreensão da saúde; maior satisfação com o trabalho. (P11)*

*Equidade e aumento da confiança com a equipe. (P12)*

*Cessar injustos processos sociais, culturais e econômicos existentes. E garantir maior igualdade/equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde. (P17)*

*Atenção à equidade e melhora da qualidade de serviços oferecida às populações comumente negligenciadas. (P18)*

*Melhora na qualidade do atendimento, do acesso do usuário ao serviço e mais demandas do usuário atendidas. (P20)*

A equidade no SUS busca reduzir as desigualdades entre os diferentes grupos sociais, econômicos e regionais, garantindo que todos tenham acesso aos serviços de saúde necessários, independentemente de suas condições socioeconômicas, étnicas, de gênero ou outras. No que concerne à saúde da população negra, a superação dos desafios em termos de acesso e qualidade dos serviços de saúde se torna uma questão central para garantir o acesso da população negra no SUS.

Outra percepção importante trazida pelos participantes parte do entendimento da influência do racismo nas condições de saúde da população negra:

*Especificidades populacionais mudam nosso olhar em relação as questões de saúde observadas. (P14)*

*Melhor compreensão das condições de saúde da população negra, bem como promover o melhor acesso aos bens e serviços em saúde destinados também a essa população, pois carecem de olhar mais apurado para suas enfermidades que sempre estão atreladas na situação de (extrema) vulnerabilidade socioeconômica. (P19)*

*A PNSIPN foi criada com o objetivo de combater as desigualdades raciais no sistema de saúde brasileiro e promover a saúde integral da população negra, assim, essas são algumas possíveis contribuições: 1- Equidade no Atendimento; 2- Sensibilidade Cultural; 3- Prevenção e Promoção da Saúde; 4- Combate ao Racismo Institucional; 5- Melhoria da Qualidade dos Dados; 6- Atuação em Comunidades Vulneráveis; 7- Formação e Capacitação [...] Em resumo, a utilização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no cotidiano profissional pode contribuir para a promoção de uma saúde mais equitativa, sensível às questões culturais e livre de discriminação racial, ajudando a reduzir as desigualdades no sistema de saúde e a melhorar o bem-estar da população negra brasileira. (P13)*

A percepção trazida pelos profissionais destaca os impactos no racismo nas condições de vida e de saúde da população negra, que historicamente produziu disparidades socioeconômicas, iniquidade no acesso aos serviços de saúde, como

maior acometimento de doenças ocasionadas por fatores diversos, sejam socioambientais psicossociais, além de condições históricas e econômicas. De acordo com Anuniação, *et al.* (2022), além de considerar o racismo um determinante social de saúde, é essencial realizar uma análise interseccional considerando aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos para elucidar agravos em saúde aos quais são submetidos a população negra.

Destaca-se também a presença de repostas que reforçam novamente o desconhecimento da PNSIPN e o desejo de conhecer melhor a Política:

*[...] antes de perguntar as possíveis contribuições geradas ao utilizar a PNSIPN no cotidiano profissional, eu teria que saber o que é a PNSIPN. (P9)*

*[...] Responder este questionário me despertou a conhecer mais sobre a PNSIPN e assim aplicá-la amplamente em minhas práticas. (P5)*

Estas repostas evidenciam e reforçam a maior necessidade de socialização dentro do SUS e seus espaços formativos de educação continuada sobre o que é a PNSIPN, seus objetivos e propostas.

Cabe também destacar a presença de certa indiferença de alguns participantes do estudo acerca do debate sociopolítico do racismo e das possíveis contribuições na PNSIPN na promoção da saúde da população negra:

*Estou cansado de ouvir sobre racismo isso e racismo aquilo, mas talvez seja porque nunca o sofri, mas a mais importante contribuição que importa é o bem estar do paciente. (P15)*

Mostra-se aqui a importância da capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde acerca do racismo e suas implicações nas condições de saúde de usuários negros e negras do SUS. Trilhando este caminho, surge o potencial de produzir mudanças neste panorama e promover a saúde da população negra de forma equitativa e integral.

## CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou conhecer e apresentar algumas reflexões sobre como se desenvolve o trabalho dos profissionais de saúde inseridos na Estratégia Saúde da Família (ESF) em Centros de Saúde do município de Florianópolis/SC a partir da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

Através da revisão teórica elencada no primeiro capítulo e seus subcapítulos pudemos discutir o surgimento do conceito de raça, as nuances expressas pelo racismo na sociedade brasileira, a construção do SUS e a centralidade do movimento social da RSB nesse processo, bem como as condições de saúde da população negra brasileira, e fundamentos e eixos estratégicos que dão estrutura a PNSIPN. Nesse contexto, pode-se evidenciar que, historicamente, a população negra brasileira é discriminada em diferentes âmbitos na sociedade, sobretudo no campo da saúde, mesmo sendo a população que acessa o SUS em maior proporção, se comparado à população branca.

A partir do reconhecimento das desigualdades étnico-raciais em saúde a PNSIPN foi aprovada através da Portaria N° 992, de 13 de maio de 2009, com o objetivo de promover a saúde integral da população negra e combater o racismo e discriminação nos serviços do SUS. Contudo, os estudos que acessamos na elaboração deste TCC indicam que mesmo após 14 anos de sua criação, os esforços para a implementação da PNSIPN ainda são tímidos.

Considerando os objetivos propostos nesta pesquisa de mensurar o nível de conhecimento e identificar como os profissionais de saúde desenvolvem seu trabalho a partir da PNSIPN, pudemos evidenciar que a maioria dos profissionais participantes da pesquisa possuem baixo nível de conhecimento sobre a Política. Este cenário aponta, mesmo que de forma indireta, a falta de sua execução, pelo menos intencional e direcionada, visto que o desconhecimento e o entendimento da importância da PNSIPN afeta de forma direta sua implantação (Rinehart, 2013). Nesse sentido, apesar da consonância com as diretrizes e princípios do SUS favorecer a aplicação de diretrizes gerais preconizadas na PNSIPN, no que concerne às suas diretrizes específicas, sua implantação no cotidiano de trabalho é potencialmente comprometida.

Já ao analisar as contribuições geradas a partir da PNSIPN na promoção de saúde integral da população negra, parte dos profissionais participantes elencaram questões como garantia e ampliação do acesso aos serviços de saúde, atendimento com equidade e humanizado, e o reconhecimento da influência do racismo nas condições de saúde da população negra.

Desta forma, considera-se que os objetivos previamente definidos nesta pesquisa foram atingidos, além de evidenciar que os esforços para a implementação da PNSIPN ainda são incipientes e precisam ser ampliados. Como alguns dos desafios para a sua operacionalização coloca-se a ampliação do conhecimento sobre a Política, maior incentivo a produções e discussões sobre os temas de SPN e racismo, consolidação do CTSPN no município de Florianópolis/SC e maior financiamento da PNSIPN.

Nesse sentido, fica evidente a importância da PNSIPN e sua potencialidade de reduzir as iniquidades étnico-raciais em saúde, contudo ainda há um longo caminho a ser percorrido para garantir seu conhecimento e sua incorporação no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde nas instituições e serviços do SUS.

## REFERÊNCIAS

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **População Negra e Covid-19**. Organização Grupo Temático Racismo e Saúde da ABRASCO - Rio de Janeiro, 2021. Disponível em:

<[https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2021/10/E-book\\_saude\\_pop\\_negra\\_covid\\_19\\_VF.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2021/10/E-book_saude_pop_negra_covid_19_VF.pdf)>. Acesso em: 08 set. 2023.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo Estrutural**. (Coleção Feminismos Plurais). São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

Anuniação D; Pereira LL; Silva HP; Nunes APN; Soares JO. **(Des) caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil**. Rev. Ciência Saúde Coletiva, 2022. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.08212022>>. Acesso em: 07 out. 2023

BATISTA L.E., Barros S. **Enfrentando o racismo nos serviços de saúde**. Caderno de Saúde Pública. 2017;33:e00090516. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/0102-311X00090516>>. Acesso em 28 set. 2023.

BATISTA, L. E., Barros, S., Silva, N. G., Tomazelli, P. C., Silva, A. da., & Rinehart, D. (2020). **Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Saúde e Sociedade, 29(3). Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190151>>. Acesso em 28 ago. 2023.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. (Coleção Temas em Saúde). Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2009. 1ª reimpressão.

BLEICHER, L.; BLEICHER, T. **Parte 1: Introdução ao Sistema Único de Saúde (SUS). Esse Tal de SUS**. In: Saúde para todos, já! [online]. Salvador: EDUFBA, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.7476/9788523220051.0006>>. Acesso em: 09 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde - Relatório Final**. 17 a 21 de março de 1986. Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf)>. Acesso em: 24 out. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde 2006 - Volume 4. Departamento de Atenção à Saúde – Brasília, 2006. Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)>. Acesso em 18 set. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS**. 2ª ed., Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS**. 3ª ed., Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra\\_3d.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf)>. Acesso em: 21 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015** / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano\\_nacional\\_saude\\_2012\\_2015.pdf](https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf)>. Acesso em: 28 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde - PNS: 2020-2023**. Brasília, 2020. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_nacional\\_saude\\_2020\\_2023.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf)>. Acesso em: 28 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu**

**fortalecimento?** - 1ª ed. rev. – Brasília, 2018. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_e\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_e_saude_fortalecimento.pdf)>. Acesso em 01 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde.** Conselho Nacional de Saúde. – Brasília, 2013. Disponível em: <[https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual\\_Para\\_Entender\\_Control\\_Social.pdf](https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_Para_Entender_Control_Social.pdf)>. Acesso em 03 out. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** 5 de outubro de 1988. Presidência da República - Casa Civil. Disponível em <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 14 set. 2023

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 30 ago. 2022

BRASIL. **Lei Nº 12.288, de 20 de julho de 2010.** Institui o Estatuto da Igualdade Racial. Brasil, 2010.

BRASIL. **Lei Nº 10678, de 23 de maio de 2003.** Cria a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, da Presidência da República, e dá outras providências. Brasil, 2003.

BRASIL. **Portaria Nº 992, de 13 de maio de 2009.** Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. Brasil, 2009. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992\\_13\\_05\\_2009.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html)>. Acesso em: 26 ago. 2023

BRASIL. **Portaria Nº 1.678, de 13 de agosto de 2004.** Cria Comitê Técnico para subsidiar o avanço da equidade na Atenção à Saúde da População Negra, e dá outras providências. Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. Brasil, 2014.

BRASIL. **Resolução Nº 16, de 30 de março de 2017**. Dispõe sobre o III Plano Operativo (2017 - 2019) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. Brasil, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. (Série I. História da Saúde no Brasil). Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 344, de 1º de fevereiro de 2017**. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Gabinete do Ministro. Brasil, 2017. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344\\_01\\_02\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html)>. Acesso em 02 out. 2023.

CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Guimarães, C; Junia, R. (orgs.) 2011. Disponível em: <<https://cebes.org.br/determinantes-sociais-da-saude-entrevista-com-jaime-breilh/2724/>>. Acesso em: 24 out. 2023

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**, Brasília, 2010. Série: Trabalho e Projeto profissional nas políticas sociais. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)>. Acesso em: 12 jun 2022.

Chehuen Neto, J. A.; Fonseca, G. M.; Brum, I. V.; Santos, J. L. C. T. dos.; Rodrigues, T. C. G. F.; Paulino, K. R.; & Ferreira, R. E. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional**. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.17212014>> . Acesso em: 07 de out. 2023.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **II Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra 2023-2015**. Nota Técnica 35. Brasília, 2013. Disponível em:

<<https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2013/09/NT-35-2013-II-Plano-Operativo-PNAISPN.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2023.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Elisa Batalha (org.) **Para entender o (sub) financiamento do SUS**. Notícias. 2012. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/para-entender-o-subfinanciamento-do-sus/>>. Acesso em 05 out. 2023.

COSTA, Maria da Silva. **Trabalho Informal: um problema estrutural básico no entendimento das desigualdades na sociedade brasileira**. Caderno CRH, Salvador, v. 23, n. 58, p. 171-190, Jan./Abr. 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-49792010000100011>>. Acesso em: 03 jul. 2023.

FLORIANÓPOLIS. **Decreto Nº 8958, de 20 de abril de 2011**. Institui no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, o Comitê Técnico Municipal de Saúde da População Negra. Diário Oficial do Município de Florianópolis. Edição Nº 462, 25 de abril de 2011. Florianópolis. Disponível em: <[https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/diario/pdf/25\\_04\\_2011\\_17.40.04.f9bb05bf6cfbf8fe8b2223623d5458be.pdf](https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/diario/pdf/25_04_2011_17.40.04.f9bb05bf6cfbf8fe8b2223623d5458be.pdf)>. Acesso em: 26 set. 2023.

FLORIANÓPOLIS. **Lei Nº 7511, de 27 de dezembro de 2007**. Cria a Coordenadoria Municipal de Políticas Públicas para a Promoção da Igualdade Racial e dá outras providências. Câmara de Vereadores, Florianópolis, 2017. Disponível em: <[https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/04\\_11\\_2019\\_17.22.46.384ef5f4e32e8a674abc678a1e0ede5f.pdf](https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/04_11_2019_17.22.46.384ef5f4e32e8a674abc678a1e0ede5f.pdf)>. Acesso em: 21 set. 2023

FLORIANÓPOLIS. **Lei Nº 18.646, de 5 de junho de 2023**. Altera a Lei Complementar nº 741, de 2019, que dispõe sobre a estrutura organizacional básica e o modelo de gestão da Administração Pública Estadual, no âmbito do Poder Executivo, e estabelece outras providências. Assembleia Legislativa de Santa Catarina, Florianópolis, 2023. Disponível em: <[http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2023/18646\\_2023\\_lei.html](http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2023/18646_2023_lei.html)>. Acesso em 21 set. 2023.

FLORIANÓPOLIS. **Lei Ordinária Nº 7507, de 27 de dezembro de 2007**. Cria o Conselho Municipal de Promoção da Igualdade Racial - COMPIR e dá outras providências. Câmara de Vereadores, Florianópolis, 2007. Disponível em:

<[https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26\\_11\\_2009\\_21.52.35.00a0afea857eb0d2bbea62643319be98.pdf](https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26_11_2009_21.52.35.00a0afea857eb0d2bbea62643319be98.pdf)>. Acesso em 21 set. 2023.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

GODOI, Gabriel Alves; ALVES, Miriam Cristiane. **Contradições e potências da Reforma Sanitária: análise crítica do período 1960-2018**. Rev. SER Social. Povos Tradicionais e Política Social. Brasília (DF), v. 27, nº 53, de julho a dezembro de 2023. Disponível em:

<[https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/47702/38207](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/47702/38207)>. Acesso em: 26 out. 2023

Instituto da Mulher Negra (GELEDÉS). **Racismo institucional: uma abordagem conceitual**. ONU Mulheres, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil**. 2ª edição. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD). Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica. Nº 48. 2022. Disponível em: <[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101972\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101972_informativo.pdf)>. Acesso em: 02 jul. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil**. 2ª edição. 2022. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html>>. Acesso em: 06 nov. 2023

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Educação 2022**. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD). 2023. Disponível em: <[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102002\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102002_informativo.pdf)>. Acesso em: 19 jun. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Educa. **Conheça o Brasil - População Cor ou Raça**. Disponível em: <<https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.htm>>. Acesso em: 03 jul. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos Municípios Brasileiros 2021**. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101985.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2023.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da Violência 2020**. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/downloads/8154-atlasviolencia2020relatoriofinalcorrigido.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2023.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Retrato das Desigualdades**. 2ª Edição. Pinheiro, L.; Fontoura, N; Prata, A. C.; Soares, V. (org.). Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher - UNIFEM. Brasília, 2006. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/segundaedicao.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2023.

LAVRAS, C.; *et. al* (2011). **Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil**. Saúde E Sociedade, 20(4), 867–874. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>>. Acesso em: 16 set. 2023

LAKATOS, Eva Maria; Andrade Marconi. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. - São Paulo: Atlas 2003.

LIMA, Nísia Trindade (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MAGALHÃES, Ionara. **Folha de S. Paulo: Panorama atual e desafios da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – por Ionara Magalhães**. Agência de Notícias da AIDS. 2021. Disponível em: <<https://agenciaaids.com.br/noticia/folha-de-s-paulo-panorama-atual-e-desafios-da-politica-nacional-de-saude-integral-da-populacao-negra-por-ionara-magalhaes/>>. Acesso em: 04 set. 2023.

MATOS, CC de SA; Tourinho FSV. **Saúde da População Negra: percepção de residentes e preceptores de Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade**. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade [Internet]. 6 de junho de

2018;13(40):1-12. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1712>>.

Acesso em 28 set. 2023.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. 2ª ed. (Saúde em debate; 88) – São Paulo: Editora Hucitec, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOORE, Carlos. **Racismo e sociedade: novas bases epistemológicas para entender o racismo**. – Belo Horizonte: Mazza Edições, 2007.

MONTEIRO, Simone; Sansone, Livio, *orgs.* **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MONTEIRO, Simone. **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2013.

MOURA, Clovis. **Dialética Radical do Brasil Negro**. 2ª ed – São Paulo: Fundação Maurício Grabois co-edição com Anita Garibaldi, 2014.

MUNANGA, Kabengele. **Negritude: Usos e Sentidos**. 3ª edição. Editora Autêntica. Belo Horizonte, 2009.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL (ONU). **Quase 80% da população brasileira que depende do SUS se autodeclara negra**. [Online] 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/3PMUdgj>>. Acesso em: 08 out. 2023

NASCIMENTO, Abdias. **O Genocídio do Negro Brasileiro: Processo de um Racismo Mascarado**. Editora Paz e Terra. Rio de Janeiro, 1978.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. **Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde**. Genebra, 2005. (Rascunho). Disponível em: <<https://bit.ly/3LTBaQm>>. Acesso em: 09 out. 2023.

PAIXÃO, Marcelo; Rossetto, Irene; Montovanele, Fabiana; Carvano, Luiz M. (*orgs.*) **Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil 2009-2010**. Constituição Cidadã, seguridade social e seus efeitos sobre as assimetrias de cor ou raça. UFRJ - Instituto de Economia. Editora Garomond, 2010. Disponível em:

<[https://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2011/09/desigualdades\\_raciais\\_2009-2010.pdf](https://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2011/09/desigualdades_raciais_2009-2010.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2023.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. (Coleção Temas em Saúde Interativa). Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2015. 93 p. Disponível em: <<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>>. Acesso em: 05 jun. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 6, pp. 1723-1728. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>>. Acesso em: 10 jun. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a Compreensão e Crítica**. Tese (doutorado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>>. Acesso em 26 out. 2023.

PRODANOV, Cleber Cristiano. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas de Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/3AOdyHZ>>. Acesso em: 17 jun. 2022.

RINEHART, Denise. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: discursos da gestão municipal do SUS** [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013. Disponível em: <[http://www.realp.unb.br/jspui/bitstream/10482/14421/1/2013\\_DeniseRinehart.pdf](http://www.realp.unb.br/jspui/bitstream/10482/14421/1/2013_DeniseRinehart.pdf)>. Acesso em: 28 set. 2023.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos**. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 2007, v. 12, n. 2 p. 429-435. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200019>>. Acesso em: 9 jun. 2022.

SANTOS, J. E. dos; Santos, G. C. S. **Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra**. *Saúde Em Debate*, 2013, 563–570. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CrbZyGN45Qg7fCtXXKrfjnz/>>. Acesso em: 29 set. 2023.

SANTOS, Katia Regina da Costa, *et al* (org.). **SEPPIR - Promovendo a Igualdade Racial para um Brasil sem Racismo**. 1ª edição, Brasília, 2016. Disponível em: <<http://www.diepaфро.ufu.br/sites/diepaфро.ufu.br/files//media/document/seppir-promovendo-a-igualdade-racial-para-um-brasil-sem-racismo.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2023.

SCHUCMAN, Lia Vainer. **Entre o “encardido”, o “branco” e o “branquíssimo”:** raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana / Lia Vainer Schucman; orientadora Leny Sato. São Paulo, 2012.

SEGRE, M; FERRAZ, FC. **O conceito de saúde**. Rev Saúde Pública [Internet]. 1997. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>>. Acesso em 24 out. 2023

SHIMIZU, L; Veronezi, RJB. **Administração da Saúde Pública por Organizações Sociais (OS): caminhos para a gestão**. Rev. Eletrônica Gestão & Saúde. 11(2):132-46. Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/31417>>. Acesso em: 05 out. 2023.

SILVA, L. A. A. da., Soder, R. M., Petry, L., & Oliveira, I. C. **Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde**. Rev. Gaúcha de Enfermagem (Online), 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.58779>>. Acesso em: 01 out. 2023.

SILVA NN.; Favacho VBC.; Boska GA.; Andrade EC.; Mercedes NP.; Oliveira MAF. **Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa**. Rev. Bras. Enfermagem, 2020. <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0834>>. Acesso em: 23 ago. 2022.

SILVEIRA, R., Rosa, R., Fogaça, G., Santos, L., Nardi, H., Alves, M., & Bairros, F. **Reflexões sobre a coleta do quesito raça/cor na Atenção Básica (SUS) no Sul do Brasil**. Rev. Saúde e Sociedade, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200414>>. Acesso em: 02 out. 2023.

TEIXEIRA, S. M. F.; Ouverney, A. L. M. **O sistema único de saúde brasileiro: desafios da gestão em rede**. Rev. Portuguesa e Brasileira de Gestão, Rio de Janeiro, RJ, v. 11, n. 2-3, p. 74–83, 2012. Disponível em:

<<https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rbpg/article/view/78739>>. Acesso em: 13 jul. 2022.

TEIXEIRA, Sônia Fleury. **Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária**. In: TEIXEIRA, Sônia Fleury (Org.). Reforma Sanitária em busca de uma teoria. Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. **Pesquisadoras da UFSC tomam posse no Comitê Técnico de Saúde da População Negra**. Notícias da UFSC, 2023. Disponível em: <<https://noticias.ufsc.br/tags/comite-tecnico-de-saude-da-populacao-negra/>>. Acesso em 21 set. 2023.

WERNECK, Jurema. **Racismo institucional e saúde da população negra**. Saúde e Sociedade [online]. 2016, v. 25, n. 3 pp. 535-549. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>>. Acesso em: 25 ago. 2022.

WERNECK, Jurema. **Saúde da População Negra. Passo a Passo: Defesa, Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas**. Editora Criola. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.abong.org.br/11465/884>>. Acesso em: 17 ago. 2023.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TECLE)

**Título do Projeto de Pesquisa:** O trabalho dos profissionais de saúde e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN): desafios e potencialidades

Curso: Serviço Social

Pesquisadora: Graduanda Jadh Beatriz de Jesus Silva

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Tânia Regina Krüger

Olá. Meu nome é Jadh Beatriz Silva, sou graduanda do curso de Serviço Social na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (matrícula 17200894) e pesquisadora responsável pela pesquisa *O trabalho dos profissionais de saúde e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN): desafios e potencialidades*. Você está sendo convidado (a) a participar, de forma voluntária e anônima, desta pesquisa. Este estudo tem como objetivos:

#### **Objetivo Geral:**

Analisar como se desenvolve o trabalho de profissionais de saúde a partir da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em Centros de Saúde do município de Florianópolis/SC.

#### **Objetivos Específicos:**

- a) mensurar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) na sua relação com as diretrizes e os princípios do SUS;
- b) identificar como os profissionais de saúde vinculados a unidades básicas de saúde desenvolvem seu trabalho a partir da PNSIPN;
- c) analisar as contribuições geradas a partir da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) na promoção da saúde integral da população negra.

Esta pesquisa foi devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), garantindo assim a confidencialidade e segurança dos dados dos envolvidos e seu uso exclusivo para fins científicos.

A pesquisa consiste no preenchimento do formulário eletrônico, que receberá por e-mail, com duração aproximada 20 minutos, e preferencialmente deverá responder no seu próprio local e horário de trabalho. O conteúdo da entrevista tem como temas: o perfil, as demandas, o itinerário, as facilidades e dificuldades no atendimento da população vulnerável visando atender os quesitos de acesso, resolutividade e qualidade dos serviços de saúde.

Destaca-se que lhe é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, ou seja, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação. Os dados da pesquisa serão utilizados exclusivamente para fins científicos. Informamos que será garantida e mantida a confidencialidade das informações, a sua privacidade como participante e a proteção de sua identidade durante todas as fases da pesquisa.

A coleta de dados será realizada através da aplicação de questionário online composto por perguntas gerais sobre seu perfil, nível de escolaridade, raça/etnia e faixa etária, como também perguntas relacionadas aos impactos do racismo na saúde e ao conhecimento e aplicação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Diante da confidencialidade de dados e a não necessidade de informação de dados pessoais para a participação, esta pesquisa apresenta riscos mínimos.

A devolução do questionário respondido caracteriza o aceite do indivíduo em participar da pesquisa. Caso o participante desista de participar da pesquisa, não será possível a retirada de suas respostas do banco de dados, devido ao direito garantido ao anonimato. Como forma de registro da pesquisa e dos contatos do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), recomendamos a impressão e/ou arquivamento do questionário.

Lembramos que sua participação nesta pesquisa é voluntária, o que significa que não haverá nenhuma forma de pagamento aos participantes. De igual forma, sua participação não terá nenhuma despesa a ser arcada. No entanto, caso ocorra algum tipo de dano decorrente da sua participação na pesquisa, você será indenizado (a), conforme determina a lei.

Como benefício os resultados do projeto servirão para a ampliação do conhecimento e atuação dos profissionais de saúde acerca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) em Centros de Saúde no município

de Florianópolis e subsidiar ações de fortalecimento desta política, bem como possibilitar a indicação de elementos técnicos e diretrizes de ações para o Plano Municipal de Saúde, com vistas a qualificar a implementação da PNSIPN na relação com os princípios e competências do SUS.

Quanto aos Centros de Saúde convidados a participar da pesquisa, não terão qualquer custo financeiro no seu desenvolvimento. Os dados levantados nesse processo de pesquisa serão utilizados exclusivamente para fins científicos. Serão respeitados os aspectos éticos, com base na Resolução 466/2012 e suas complementares, principalmente no que se refere à exposição dos serviços de saúde e assistência social dos serviços.

Os resultados deste trabalho ficarão disponíveis no Comitê de Ética em pesquisa da UFSC – Plataforma Brasil - CONEP, no repositório de relatórios de pesquisa da UFSC e serão disponibilizados a todos os Centros de Saúde participantes da pesquisa. Poderão, ainda, ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Todas as divulgações de resultados, seja na sua totalidade ou de forma parcial, serão mostrados apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar a identidade ou qualquer informação relacionada à privacidade dos participantes.

Ressaltamos ser importante guardar a sua via através de uma fotografia ou captura de tela ou impressão do Termo e questionário, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa, conforme preconiza a Resolução nº 510/2016 CNS/MS e suas complementares, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Caso necessite de maiores esclarecimentos e informações, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável (Jadh Beatriz Silva, pesquisador(a) responsável) através do telefone (48) 9 99834-3948 e/ou pelo e-mail [jadh.beatriz@gmail.com](mailto:jadh.beatriz@gmail.com). O contato da professora orientadora Tânia Regina Krüger também pode ser acionada pelo e-mail [tania.kruger@ufsc.br](mailto:tania.kruger@ufsc.br).

Quanto a outras dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Departamento de Serviço Social ([dss@contato.ufsc.br](mailto:dss@contato.ufsc.br)) e à Comissão de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), situado na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Prédio Reitoria II, Rua

Desembargador Vitor Lima, nº 222, Sala 401, bairro Trindade, município de Florianópolis, Santa Catarina/SC, telefone (48) 9721-6094 e e-mail [cep.propesq@contato.ufsc.br](mailto:cep.propesq@contato.ufsc.br).

**APÊNDICE B** - Questionário da pesquisa aplicada aos profissionais dos Centros de Saúde participantes

**1) Qual seu Centro de Saúde?**

- Centro de Saúde Prainha
- Centro de Saúde Agronômica
- Centro de Saúde Ingleses
- Centro de Saúde Vargem Grande
- Centro de Saúde Tapera
- Centro de Saúde Rio Tavares
- Centro de Saúde Jardim Atlântico
- Centro de Saúde Monte Cristo

**2) Qual a sua faixa etária?**

- 20 a 35 anos
- 36 a 50 anos
- 51 anos ou mais

**3) Qual a sua escolaridade?**

- Ensino médio completo
- Curso técnico/profissionalizante
- Ensino superior completo/incompleto

**4) Qual a sua raça/etnia?**

- Preto
- Branco
- Pardo
- Indígena
- Amarelo

**5) Qual a sua identidade de gênero?**

- Cisgênero
- Transgênero
- Não-binário

**6) Em seu entendimento, acredita que o racismo pode ser considerado um demarcador de desigualdade no acesso à saúde?**

- Sim
- Não

**7) Como você avalia seu nível de conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e suas propostas (sendo 1 considerado muito baixo e 5 alto)?**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**8) Você aplica no seu cotidiano profissional alguma (s) da (s) diretriz (es) da PNSIPN?**

- Sim
- Não
- Às vezes
- Raramente

**9) De forma breve, qual a caracterização geral do perfil dos usuários (faixa etária, raça/etnia, escolaridade) que acessam este Centro de Saúde?**

**10) Referente ao cadastramento e registros de usuários, você realiza a inclusão do quesito cor nos sistemas de informação em saúde?**

- Sim
- Não
- Às vezes
- Raramente

**11) Este Centro de Saúde possui vínculo com Centros Comunitários e/ou comunidades de terreiro do território? Se sim, quais?**

**12) Ainda em relação à pergunta anterior, quais são as ações realizadas que estabelecem esse vínculo?**

**13) Dentro do âmbito da Educação Permanente em Saúde (EPS), são discutidos temas relacionados à saúde da população negra e racismo?**

- Sim
- Não
- Às vezes
- Raramente

**14) Neste Centro de Saúde há incentivo para a produção de conhecimento científico, sobretudo a temas relacionados à saúde da população negra?**

- Sim
- Não
- Não sei

**15) Em seu entendimento, quais são as possíveis contribuições geradas ao utilizar a PNSIPN no seu cotidiano profissional?**

**APÊNDICE C** - Arte de divulgação da pesquisa para envio via e-mail e *WhatsApp* aos Centros de Saúde participantes:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

CONVITE PARA PESQUISA:

**O TRABALHO DOS  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A  
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE  
INTEGRAL DA POPULAÇÃO  
NEGRA (PNSIPN): DESAFIOS E  
POTENCIALIDADES**

O OBJETIVO DA PESQUISA VISA ANALISAR COMO SE DESENVOLVE O TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE A PARTIR DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA (PNSIPN) EM CENTROS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS/SC.

**CONTRIBUA RESPONDENDO O QUESTIONÁRIO DE FORMA ANÔNIMA NO LINK DISPONÍVEL ABAIXO. É RÁPIDO, LEVA MENOS DE 10 MINUTOS!**



**APÊNDICE D** - Folder (frente) para Convite presencial aos Centros de Saúde participantes da pesquisa:

O acesso à saúde é um direito de todas as pessoas, bem como dever do Estado provê-la.

**Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) | Departamento de Serviço Social**

**Contatos da pesquisadora responsável**

Jadh Beatriz Silva

Telefone  
(48) 99834-3948

E-mail  
jadh.beatriz@gmail.com

Convite para pesquisa:

**O trabalho dos profissionais de saúde e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN): desafios e potencialidades**

**APÊNDICE D - Folder (verso) para Convite presencial aos Centros de Saúde participantes da pesquisa:**

## Objetivo geral da pesquisa

Esta pesquisa foi devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEPSH) através do Parecer Nº 6.173.400, de 10 de julho de 2023. Através da aplicação de questionário online, visa-se analisar como se desenvolve o trabalho de profissionais de saúde a partir da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) em Centros de Saúde do município de Florianópolis/SC.

## Benefícios da pesquisa

- Ampliação do conhecimento e atuação dos profissionais de saúde acerca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) na Atenção Básica de Saúde;
- Subsídio a ações de fortalecimento da PNSIPN nos espaços institucionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

## Como participar

Aponte a câmera do seu celular para o QR CODE abaixo e responda o questionário de forma anônima. Ele também foi encaminhado por e-mail deste Centro de Saúde. É rápido, leva menos de 10 minutos!

## Objetivos específicos

- Mensurar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a PNSIPN na sua relação com as diretrizes e os princípios do SUS;
- Identificar como os profissionais de saúde vinculados a UBS desenvolvem seu trabalho a partir da PNSIPN;
- Analisar as contribuições geradas a partir da PNSIPN na promoção da saúde integral da população negra.





## ANEXOS

## ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO DA PESQUISA CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O trabalho dos profissionais de saúde e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN): desafios e potencialidades.

**Pesquisador:** Tânia Regina Krüger

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 69448723.7.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio  
Universidade Federal de Santa Catarina

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.173.400

**Apresentação do Projeto:**

O trabalho dos profissionais de saúde e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN): desafios e potencialidades

Resumo: Este projeto de pesquisa tem por objetivo analisar como se desenvolve o trabalho de profissionais de saúde a partir da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) em Centros de Saúde do município de Florianópolis/SC. Para o desenvolvimento do estudo foram selecionados por distritos sanitários 8 Centros de Saúde, sendo duas unidades para cada região do município (Central, Norte, Sul e Continental) para aplicação de questionário online para o levantamento de dados que mensurem o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) na sua relação com as diretrizes e os princípios do SUS, quais ações e desafios são enfrentados para a sua operacionalização e quais as possíveis contribuições da execução desta política para a promoção da saúde integral da população negra. Trata-se de uma pesquisa exploratória e quanti-qualitativa, com abordagem hipotético-dedutiva, de forma a relacionar e contribuir com a ampliação do conhecimento já existente. Se utilizará da revisão da literatura, a pesquisa documental, legislações, indicadores de sistemas de informações e levantamento de dados empíricos via formulário eletrônico com os participantes. A amostra dos participantes da pesquisa será profissionais de saúde e equipes

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 6.173.400

multiprofissionais, preferencialmente inseridos na Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo: médico, enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, assistente social, cirurgiãodentista, psicólogo, técnico e auxiliar em saúde bucal, psiquiatra, fisioterapeuta e farmacêutico.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Analisar o conhecimento e como se desenvolve o trabalho de profissionais de saúde a partir da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em Centros de Saúde do município de Florianópolis/SC.

**Objetivo Secundário:** · Mensurar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) na sua relação com as diretrizes e os princípios do SUS; · Identificar como os profissionais de saúde vinculados a unidades básicas de saúde desenvolvem seu trabalho a partir da PNSIPN. · Analisar as contribuições geradas a partir da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) na promoção da saúde integral da população negra.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Se tomará todos os cuidados éticos previstos nos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TECLE) para cada um dos participantes da pesquisa, em cada momento, em cada instituição ou serviço. Diante da confidencialidade de dados e a não necessidade de informação de dados pessoais para a participação, esta pesquisa apresenta riscos mínimos. Estima-se que a realização da pesquisa apresentará um grau de risco mínimo à saúde física ou psicológica dos participantes. Caso ocorra alguma situação de risco com danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social e cultural em qualquer etapa da pesquisa, os participantes serão devidamente indenizados, conforme determina a lei.

**Benefícios:** Como benefício os resultados do estudo servirão para a ampliação do conhecimento e atuação dos profissionais de saúde acerca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) na Atenção Básica de Saúde, e subsidiar ações de fortalecimento desta política nesses espaços institucionais do SUS.

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 6.173.400

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta pertinência, fundamentação bibliográfica e uma vez obtido os dados conclusivos proporcionará uma visão mais abrangente sobre o tema proposto.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos de acordo com a legislação vigente.

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Foram realizadas as alterações no TCLE, não havendo inadequações, ou impedimentos a realização da pesquisa. Encaminhamos para aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2120516.pdf	30/06/2023 22:28:13		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcorrigido.pdf	30/06/2023 22:27:45	Jadh Beatriz Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhadoatualizado.pdf	13/06/2023 14:02:33	Jadh Beatriz Silva	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostocorrigida.pdf	08/05/2023 17:13:26	Jadh Beatriz Silva	Aceito
Outros	Questionario.pdf	24/04/2023 15:28:23	Jadh Beatriz Silva	Aceito
Outros	DECLARACAODEAUTORIZACAOPES QUISASECRETARIAMUNICIPALSAUD EFLORIANOPOLIS.pdf	12/04/2023 16:18:33	Jadh Beatriz Silva	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 6.173.400

Não

FLORIANOPOLIS, 10 de Julho de 2023

---

**Assinado por:**  
**Nelson Canzian da Silva**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br