



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

**LARISSA OLIVEIRA DE JESUS**

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA  
NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA  
POPULAÇÃO NEGRA NO ESTADO DE SERGIPE**

**FEIRA DE SANTANA  
2020**

LARISSA OLIVEIRA DE JESUS

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE  
SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA NO ESTADO DE  
SERGIPE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Área de Concentração:** Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

**Linha de Pesquisa:** Planejamento, Gestão e Políticas de Saúde.

**Orientadora:** Prof. Dra. Silvone Santa Bárbara da Silva

FEIRA DE SANTANA  
2020

**Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS**

Jesus, Larissa Oliveira de  
J56a Avaliação da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à  
Saúde da População Negra no estado de Sergipe / Larissa Oliveira de  
Jesus. – 2021.  
90f.: il.

Orientadora: Silvone Santa Bárbara da Silva

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana.  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2021.

1. Política de saúde. 2. População negra. 3. Acesso aos serviços  
de saúde. I. Silva, Silvone Santa Bárbara da, orient. II. Universidade  
Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 614

Rejane Maria Rosa Ribeiro – Bibliotecária CRB-5/695

LARISSA OLIVEIRA DE JESUS

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE  
SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA NO ESTADO DE  
SERGIPE**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito parcial para obtenção do título.

Aprovada em Feira de Santana, 31 de julho de 2020.

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Silvone Santa Bárbara da Silva (Orientadora)  
Universidade Estadual de Feira de Santana

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Rosa Cândida Cordeiro (Titular)  
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ivanilde Guedes (Titular)  
Universidade Estadual de Feira de Santana

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ana Paula Santos de Jesus (Suplente)  
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Evanilda Souza de Santana Carvalho (Suplente)  
Universidade Estadual de Feira de Santana

## AGRADECIMENTOS

Tenho muito o que agradecer, mas tentarei ser breve.

Agradeço a Deus, por me dar forças e acalento nos momentos difíceis, por me amparar nas fraquezas, sem Ti eu nada seria, toda honra e toda glória seja dada a Ti.

À minha mãe Marisa e minha irmã Laiza, meus maiores exemplos de fé e perseverança e de que para conquistarmos qualquer coisa precisamos de dedicação e luta, me fazendo sempre acreditar que posso ir mais além. Obrigada por todo amor, incentivo, apoio incondicional e suporte nos cuidados com Pedro durante o mestrado. Obrigada por além de ser mãe, ser pai, essa conquista é de vocês também.

A meu filho Pedro Aquiles, você que foi uma grande e linda surpresa durante esse mestrado, mas que me fez ter forças para concluir essa etapa. O seu sorriso em meio aos momentos em que achei que não conseguiria, foi o meu combustível para continuar.

A meu esposo Thiago, que não mediu esforços para que eu pudesse concluir essa etapa. Sei das suas abdições em prol do meu sonho. Obrigada por partilhar essa vida comigo e me incentivar a ser melhor cada dia, indo em busca do que desejo.

A minha vó Carlinda (in memoriam), que apesar de não se encontrar presente fisicamente, sei que de onde você está com certeza deve estar feliz e orgulhosa por essa minha vitória.

A minha sogra Idelce e minha cunhada Bárbara, vocês foram fundamentais nesse processo, dando forças, palavras de incentivo e compartilhando o cuidado do meu filho para que pudesse concluir as disciplinas e me dedicasse a pesquisa.

A meus amigos de longas datas por acreditarem em mim e vibrarem junto com essa conquista. Em especial a Tainá, Taise, Jayanne, Isabella, Janine e Uillian. Juntos somos mais fortes.

Aos meus colegas de curso por todo conhecimento, experiências e cuidados compartilhados. Em especial a Itamar e Madlene por terem se tornado amigos que levarei para a vida

A minha orientadora Silvone Santa Bárbara por todo conhecimento compartilhado, dos ensinamentos para além da academia e por toda paciência, preocupação e afeto. Sem você não conseguiria ter chegado até aqui.

A banca examinadora deste trabalho pela disponibilidade e pelas imprescindíveis contribuições a esse trabalho.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Em especial a Sr. Raimundo e Regina por todos risos e cuidados durante esse processo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudos.

JESUS, Larissa Oliveira de. **Avaliação da Implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no estado de Sergipe**. 90 fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2020.

## RESUMO

Esse trabalho tem por objetivo avaliar a implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no estado de Sergipe. Trata-se de um estudo de caso único com abordagem qualitativa; foram realizadas entrevistas com gestores, trabalhadores da saúde, residentes de comunidades quilombolas e membros de comunidades de matriz africana de municípios do Estado de Sergipe e análise documental. A análise de dados foi realizada em dois momentos: através da Análise Temática de Conteúdo proposta por Bardin, em busca das enunciações avaliativas e no segundo momento emergiram-se quatro temas relevantes ao trata-se do elementos de contexto e que estão relacionados ao processo de implantação dessa política: Controle Social, Capacitação Profissional, Racismo Institucional, Acesso aos serviços de saúde. Avaliamos a dimensão da gestão da PNSIPN (educação permanente, controle social e processo decisório) e a dimensão da assistência (acesso aos serviços de saúde por remanescentes de comunidades quilombolas e residentes em comunidades tradicionais de matriz africana), aliando-se ao Modelo do Desenvolvimento Organizacional proposto por Denis e Champagne (1997), que propõe como elementos macroestruturais: a comunicação, a gestão participativa e a descentralização. Como resultados, identificamos que a dimensão da gestão apresenta conceito ruim o que reflete na dimensão da assistência, identificando, portanto, que a PNSIPN não está implantada no Estado em questão. Quanto aos elementos de contexto, identificamos que apenas o controle social se mostrou como um elemento favorável a implantação da PNSIPN, sendo necessário potencializar esse elemento para a efetiva implantação desta política. A capacitação profissional se mostrou como um elemento desfavorável, pois não há conhecimento dos profissionais e gestores sobre a PNSIPN, entretanto é um elemento necessário para a efetiva implantação. O racismo institucional se mostrou com um elemento desfavorável que está enraizado no sistema de saúde, dificultando o acesso da população negra aos serviços de saúde. O estudo aponta para o necessário investimento em educação permanente, divulgação da política tanto para os profissionais quanto para os usuários, bem com a reestruturação dos modelos organizacionais presentes nos serviços de saúde.

JESUS, Larissa Oliveira de. **Avaliação da Implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no estado de Sergipe**. 90 fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2020

### ABSTRACT

This work aims to evaluate the implementation of the National Policy for Integral Health of the Black Population in the state of Sergipe. It is a unique case study with a qualitative approach; interviews were conducted with managers, health workers, residents of quilombola communities and members of communities of African origin in municipalities in the State of Sergipe and documentary analysis. The data analysis was carried out in two moments: through the Thematic Content Analysis proposed by Bardin, in search of the evaluative statements and in the second moment, four relevant themes emerged when dealing with the context elements and which are related to the process of implementation of this policy: Social Control, Professional Training, Institutional Racism, Access to health services. We assessed the dimension of PNSIPN management (permanent education, social control and decision-making) and the dimension of assistance (access to health services by remnants of quilombola communities and residents in traditional African-based communities), in conjunction with the Development Model Organizational proposed by Denis and Champagne (1997), which proposes as macro-structural elements: communication, participative management and decentralization. As a result, we identified that the dimension of management presents a bad concept, which reflects in the dimension of assistance, identifying, therefore, that PNSIPN is not implemented in the State in question. As for the contextual elements, we identified that only social control proved to be a favorable element for the implementation of the PNSIPN, and it is necessary to enhance this element for the effective implementation of this policy. Professional training proved to be an unfavorable element, as there is no knowledge of professionals and managers about PNSIPN, however it is a necessary element for effective implementation. Institutional racism proved to be an unfavorable element that is rooted in the health system, making it difficult for the black population to access health services. The study points to the necessary investment in permanent education, disclosure of the policy for both professionals and users, as well as the restructuring of the organizational models present in health services

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo lógico para avaliação da implantação da PNSIPN proposto por Santos e Silva, 2017 .....	26
Figura 2 - Regiões de Saúde do estado de Sergipe, 2020.....	27
Tabela 1- Caracterização dos participantes da pesquisa – Sergipe, 2020.....	28
Figura 3 - Modelo de Análise baseado no modelo do Desenvolvimento Organizacional de Denis e Champagne (1997).....	31
Quadro 1 - Enunciações avaliativas sobre a avaliação da PNSIPN, por variável e tema central.....	31
Figura 4 - Critérios para atribuição dos conceitos às enunciações avaliativas, neste estudo de caso. Fonte: Santos (2014).....	32
Figura 5- Faixas de pontuação utilizadas para consolidação dos conceitos atribuídos aos temas centrais, variáveis e dimensões de análise, neste estudo de caso. Fonte: Santos (2014).....	33
Quadro 2 - Atribuição de valor ao processo de implantação da PNSIPN. Sergipe, 2020.....	33
Figura 1 A - Modelo lógico para avaliação da implantação da PNSIPN proposto por Santos e Silva, 2017.....	39
Figura 2 A – Modelo de Análise baseado no modelo do Desenvolvimento Organizacional de Denis e Champagne (1997).....	40
Figura 3 A- Critérios para atribuição dos conceitos às enunciações avaliativas, neste estudo de caso. Adaptado de Santos (2014).....	43
Quadro 1 A - Descrições, termos avaliativos e resultados da avaliação pertinentes à dimensão da gestão e associados ao tema central “Educação Permanente”, segundo o ator.....	45
Quadro 2 A - Descrições, termos avaliativos e resultados da avaliação pertinentes à dimensão da gestão e associados ao tema central “Controle Social”, segundo o ator.....	
Quadro 3 - Descrições, termos avaliativos e resultados da avaliação pertinentes à dimensão da gestão e associados ao tema central “Processo decisório”, segundo o ator.....	47
Quadro 4 – Descrições, termos avaliativos e resultados da avaliação pertinentes à dimensão do acesso aos serviços de saúde e associados ao tema central “Desenvolvimento de ações de saúde em áreas remanescentes de Quilombos”, segundo o ator.....	49
Quadro 5 - Descrições, termos avaliativos e resultados da avaliação pertinentes à dimensão do acesso aos serviços de saúde e associados ao tema central “Desenvolvimento de ações de saúde junto a Comunidades Tradicionais de Matriz Africana”, segundo o ator .....	51
Quadro 1 B – Atribuição de valor ao processo de implantação da PNSIPN. Sergipe, 2020.....	60
Quadro 2 B- Atribuição de valor ao processo de implantação da PNSIPN relacionado ao tema Acesso aos serviços de saúde. Sergipe, 2020.....	61
Quadro 3 A- Atribuição de valor ao processo de implantação da PNSIPN relacionado ao tema Racismo Institucional. Sergipe, 2020.....	63
Quadro 4 A- Atribuição de valor ao processo de implantação da PNSIPN relacionado ao tema Capacitação profissional. Sergipe, 2020.....	65
Quadro 5 A – Atribuição de valor ao processo de implantação da PNSIPN relacionado ao tema Controle Social. Sergipe, 2020.....	66

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento e
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DAGEP	Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social,
DECIT	Departamento de Ciência e Tecnologia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PESS	Plano Estadual de Saúde de Sergipe
PEEPS	Plano Estadual de Educação Permanente Sergipano
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICAMP	Universidade de Campinas

## APRESENTAÇÃO

Esta dissertação refere-se ao produto final do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, desenvolvida no núcleo de pesquisa GESTIO – Núcleo de Estudos em Gestão, Políticas, Tecnologias e Segurança na Saúde da própria Universidade.

A pesquisa objetivou avaliar a implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no estado de Sergipe (PNSIPN) A introdução apresenta conceitos sobre poder, políticas de saúde, até chegar na PNSIPN e a sua importância e necessidade perante as desigualdades de acesso à saúde.

Na primeira parte deste trabalho têm-se uma revisão da literatura sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e o acesso aos serviços de Saúde. A segunda explana sobre a Avaliação em Saúde. Em seguida, encontra-se a metodologia utilizada para a realização deste trabalho.

Os resultados e discussão estão apresentados em forma de dois manuscritos. O primeiro artigo aborda sobre a Avaliação da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no estado de Sergipe. O segundo refere-se aos elementos do contexto da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no estado de Sergipe. Seguente a isso, temos as considerações finais, referências utilizadas, bem como os apêndices e anexos que compõem a pesquisa.

*“Temos o direito de ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito de ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades” (Boaventura de Souza Santos).*

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	17
2.1	A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e o acesso aos serviços de Saúde	
2.2	Avaliação em saúde.....	21
3	METODOLOGIA.....	25
3.1	Tipo de Estudo.....	25
3.2	Lócus do Estudo .....	27
3.3	Participantes da pesquisa.....	28
3.4	Coleta de dados.....	29
3.5	Análise de dados.....	30
3.6	Aspectos Éticos.....	33
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	34
4.1	Artigo Científico.....	35
	Avaliação da Implantação da Política Nacional de Saúde Integral a População Negra no Estado de Sergipe.....	35
4.2	Artigo Científico.....	56
	Análise dos elementos de contexto no processo de implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra .....	56
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	70
	REFERÊNCIAS .....	71
	APÊNDICE A – LISTA DE ARTIGOS PARA O ESTADO DA ARTE.....	75
	ANEXO 1 - PARECER DO PROJETO AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E A INTERSECÇÃO DO RACISMO SOBRE AS PRÁTICAS DE CUIDADO EM ESTADOS DO NORDESTE E SUDESTE BRASILEIRO .....	77
	ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	86
	ANEXO 3 - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA GESTORES E TRABALHADORES DA REDE DE SERVIÇOS DO SUS.....	87
	ANEXO 4 - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COMUNIDADE REMANESCENTE QUILOMBOLA E MORADORES DE COMUNIDADE TRADICIONAL DE MATRIZ AFRICANA .....	89

## 1 INTRODUÇÃO

A palavra política apresenta diversos conceitos, mas aqui utilizaremos aquele posto por Bobbio (1998), que se refere às escolhas, às decisões tomadas por uma determinada autoridade política, seja diante de um determinado problema, necessidades ou demandas sociais, sendo ou não, fruto de um processo político participativo, o qual vai implicar na destinação e uso dos recursos públicos. Esse conceito de Política está diretamente ligado ao de poder, afinal como consta no Glossário de Análise Política (2016), o poder existe em qualquer relação social e em determinadas circunstâncias possibilita uma relação de dominação. Essa relação de poder pode ser expressa de inúmeras maneiras, desde a relação entre governantes e governados, soberanos e súditos, como entre Estado e cidadãos, autoridade e obediência etc.

Considerando ainda o conceito de poder, atentemos ao conceito de Política de Saúde, que abrange questões relativas ao poder em saúde (Politics), bem como se refere ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (Policy). A política de saúde abarca o estudo das relações de poder tanto na conformação da agenda, formulação, condução, implementação quanto na avaliação de políticas públicas (PAIM, 2003). Consideramos, portanto, Política de Saúde como sendo:

a ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social, diante dos problemas de saúde e seus determinantes sociais, ambientais e culturais, bem como em relação à produção, à distribuição e à regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p. 74).

Destarte, fica explícito que uma política de saúde envolve estudos sobre o papel do Estado e sua relação com a sociedade; as reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes, por meio de propostas e prioridades para a ação pública. Inclui ainda, estudo de sua relação com políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento (PAIM; TEIXEIRA, 2006). Tratando-se de políticas para a ação pública, enfatizamos a definição contida no Glossário de Análise Política (2016, p. 163) quanto às políticas públicas:

Conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre a realidade econômica, social e ambiental. Variam de acordo com o grau de diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão que os governantes têm do papel do Estado no conjunto da sociedade, e com o nível de atuação dos diferentes grupos sociais (partidos, sindicatos, associações de classe e outras formas de organização da sociedade).

Como mencionado, a depender do nível de atuação de um grupo social e a articulação com o Estado, é possível viabilizar a criação de uma política pública de saúde, como exemplo, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que é fruto das incessantes reivindicações da população negra e dos movimentos sociais (Movimento negro e Movimento de mulheres negras), que lutaram para garantir o acesso dessa população ao sistema público de saúde. Sendo assim, a implementação efetiva de políticas específicas nesse âmbito, é reestruturante e, diminui as tensões sociais e atende à demanda e à realidade do país.

Cabe ainda destacar o fato de que esta política apresenta como princípio organizativo a transversalidade, a qual caracteriza-se pela complementaridade, confluência e reforço recíproco de diferentes políticas de saúde. Assim, engloba um conjunto de estratégias que resgatem a integralidade do sujeito, considerando a sua participação no processo de construção das respostas para as suas necessidades, bem como apresenta fundamentos nos quais estão incluídas as várias fases do ciclo de vida, as demandas de gênero e as questões relativas à orientação sexual, à vida com patologia e ao porte de deficiência temporária ou permanente (BRASIL, 2013).

Contudo, é perceptível que o acesso aos serviços de saúde, através das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, ainda ocorre de maneira desigual quando comparado aos brancos, e como consequência disso temos o aumento do adoecimento e óbitos da população negra. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (2015), das pessoas que já se sentiram discriminadas por médicos ou outros profissionais de saúde, 13,6%, destacam o quesito da discriminação racial (SANTOS; ARAUJO, 2018).

A discriminação seja étnica ou racial, pode ser entendida como um fenômeno estruturado e imposto sócio e ideologicamente entre indivíduos e instituições, o qual baseia-se em um processo de dominação, sendo o grupo dominante aquele que deseja manter certos privilégios, enquanto promove a privação e a exclusão das demais pessoas (BARATA, 2009).

Essas desigualdades socioeconômicas e raciais são reforçadas frequentemente pelo racismo institucional, sendo este reconhecido oficialmente pelo Ministério da Saúde durante a realização do II Seminário Nacional de Saúde da População Negra, em 2007. O que caracteriza esse tipo de racismo é que ele extrapola as relações interpessoais e ocorre à revelia das boas intenções individuais, implicando o comprometimento dos resultados de planos e metas de instituições, gestões administrativas e de governo (FIGUEROA, 2004).

Ao se discutir sobre o racismo e os efeitos deste, há muitas denúncias acerca da ausência ou insuficiência de dados desagregados por cor, ou seja, aqueles que informam a diferença entre brancos, negros, indígenas e amarelos. Por muito tempo essa ausência de

informações era utilizada como estratégia para omitir o racismo e a desigualdade. Contudo, a variável raça/cor precisa ser utilizada no levantamento e análise de dados, de modo a fornecer cada vez mais informações acerca dessa temática (WERNECK, 2010).

O último censo demográfico realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revelou que 47,7% da população brasileira se autodeclara branca, 50,7% negra o que inclui pretos e pardos e 1,5% se considera indígenas e amarelos. Isso evidencia uma prevalência de afrodescendentes na população brasileira e o próprio reconhecimento do perfil étnico por parte dessa população (CHEHUEN NETO *et al.*, 2015).

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) realizada pelo IBGE em 2018, a população declarada negra aumentou no estado de Sergipe entre os anos de 2012 e 2018. O índice cresceu de 7,85% para 8,2% no período analisado.

Uma pesquisa realizada com 391 indivíduos negros, usuários do SUS, na cidade de Juiz de Fora, em 2015 com o intuito de investigar o conhecimento da população negra acerca da política, seus potenciais benefícios e as dificuldades de acesso à saúde, evidenciou que o ciclo da PNSIPN ainda está incompleto. Nesse estudo evidenciou-se que apesar de existir uma política específica para a saúde da população negra, 90,5% dos entrevistados relataram não a conhecer. Nos casos em que os entrevistados informaram o desconhecimento da PNSIPN, eles foram informados pelo entrevistador e, posteriormente 60,9% constataram que a política é necessária (CHEHUEN NETO *et al.*, 2015).

A PNSIPN preconiza a promoção da saúde integral da população negra, através da redução das desigualdades étnico-raciais, combate ao racismo e discriminação nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). O discurso institucional (BRASIL,2013) , aponta que essa política está inserida na dinâmica do SUS, por meio de estratégias de gestão solidária e participativa, a qual vem utilizando o quesito cor na produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomada de decisão, ampliando e fortalecendo o controle social. Desenvolve também ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho, nos processos de formação e educação permanente de profissionais, além de implementar ações afirmativas a fim de atingir a equidade em saúde e promover a igualdade racial . Contudo, o que se observa é um hiato entre o que é preconizado institucionalmente e o que acontece na prática.

Para aprofundar o conhecimento acerca dessa temática, realizamos uma busca de material nas bases de dados CAPES e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) em 31 de julho de 2018, utilizando os seguintes descritores “políticas de saúde”, “população negra”, “acesso aos

serviços de saúde” e “avaliação da implantação”. Ao combinar esses quatro descritores, encontramos 22 artigos na BVS e 28 na CAPES, entretanto, ao se retirar os artigos repetidos e após a leitura do resumo, restaram 12 artigos constituíram o estado da arte, no entanto, nenhum deles estão voltados para a avaliação da implantação da PNSIPN (APÊNDICE A), assim, este estudo além de preencher uma lacuna de conhecimento, oferecerá subsídios para que a avaliação possa ocorrer nos três âmbitos da gestão do SUS (Federal, Estadual e Municipal)

Destacamos que esse estudo faz parte de um estudo maior, sendo recorte do projeto intitulado Avaliação da Atenção à Saúde da População Negra e a Intersecção do Racismo Sobre as Práticas de Cuidado em Estados do Nordeste e do Sudeste brasileiro. Trata-se de um estudo multicêntrico em instituições do ensino superior na Bahia, Sergipe e São Paulo, contando com participação e parceria de diversos pesquisadores e profissionais atuantes nas redes de atenção do SUS. Este estudo possuiu financiamento do CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SGEP/DAGEP, contando, portanto, com recursos orçamentários para alcançarmos os objetivos propostos.

O projeto maior foi operacionalizado através de três subprojetos, sendo eles: avaliação da implantação da PNSIPN na Bahia, Sergipe e São Paulo; análise das Práticas de cuidado às pessoas com doença falciforme e suas famílias; e a elaboração de um instrumento para mensuração de discriminação racial nos serviços de saúde brasileiros. Este estudo, portanto, faz parte do primeiro subprojeto, com a seguinte pergunta de investigação. Como se dá a implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no estado de Sergipe?

E para responder tal pergunta, definimos como objetivo geral da pesquisa:

- Avaliar a implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no estado de Sergipe

E como objetivo específico:

- Analisar os elementos de contexto no processo de implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no estado de Sergipe

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica deste trabalho subdividiu-se em dois momentos em que, abordaremos inicialmente a relação entre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e o acesso aos serviços de saúde e, posteriormente os aspectos teóricos da avaliação em saúde.

### 2.1 A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e o acesso aos serviços de Saúde

A VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986, intensificou o processo de democratização da saúde, através dos princípios da Reforma Sanitária e a criação em 1988 do Sistema Único de Saúde brasileiro, sendo financiado pelas contribuições sociais e por significativa parcela de impostos arrecadados. O SUS surgiu com o intuito de possibilitar o acesso a serviços de saúde pública preventivos, terapêuticos, de qualidade e promotor da equidade, indiscriminadamente, a toda a nação brasileira, entretanto ele não conseguiu a ampla abrangência e efetividade pretendida (LAGES *et al.*, 2014).

Ainda na década de 1980, iniciou-se uma série de movimentos sociais e ações evidenciando temas até então negligenciados e, em meio a esse cenário, emergiu-se o tema saúde da população negra. Surgindo as primeiras intervenções do Movimento de Mulheres Negras a partir da atuação das ativistas desse movimento sobre a problemática dos direitos sexuais e reprodutivos, nos espaços institucionais das secretarias municipais de saúde (RIBEIRO, TEIXEIRA, 2016).

Em 1995, ocorreu a Marcha Zumbi dos Palmares, que preconizava o fim do racismo, melhores condições de vida à população negra e o fim das desigualdades raciais. O Movimento Negro apresentou uma carta ao Estado Brasileiro apresentando as principais reivindicações, ocasionando na criação do Grupo de Trabalho Intersetorial para a Valorização da População Negra. Esse grupo se articulou, possibilitando a criação do Programa de Anemia Falciforme no âmbito do Ministério da Saúde e, conseqüentemente a inserção do quesito cor nos instrumentos de informação em saúde (CHEHUEN NETO *et al.*, 2015; RIBEIRO, TEIXEIRA, 2016).

Um marco importante, foi a aprovação em 2006 no Conselho Nacional de Saúde (CNS), da PNSIPN, levando em consideração que apesar das conquistas realizadas pelo Movimento Negro, o racismo enquanto condição histórica, imersa na cultura brasileira, segue avançando e agravando a vulnerabilidade desse segmento populacional. Entretanto, a PNSIPN

só foi pactuada na Comissão Intergestora Tripartite em 2008, e somente em 2009, o Ministério da Saúde publicou a Portaria instituindo tal política, reconhecendo que o racismo existente na nossa sociedade tem impacto direto na saúde. (BRASIL, 2011 – MARCOS VINICIUS; GOMES, DAMASCENO, NERY, MARTINS FILHO, VILELA, 2017).

Tal Política, tem como objetivo geral: promover a saúde integral da população negra, reduzindo as desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação tanto nas instituições quanto nos serviços do SUS (BRASIL, 2007). Encontra-se fundamentada nas condições históricas da população negra, que se situa nos estratos mais pobres e em grave situação de iniquidade em relação à saúde, comprovado pela precocidade dos óbitos, elevadas taxas de mortalidade materna, infantil, por causas externas e mal definidas, além de outros indicadores que são agravados em algumas situações pela discriminação racial em diversas instituições, como nos serviços de saúde (GOMES; DAMASCENO; NERY, FILHO; VILELA, 2017).

Centeno, Meyer e Andrade (2018) salientam, que a raça/cor pode ser considerado um conceito que teve ampla disputa para a sua inserção no interior da PNSIPN pelos movimentos sociais. Os processos de racialização posicionam uma determinada identidade como padrão. Um excerto da PNSIPN elucida que “o racismo e o sexismo imprimem marcas segregadoras diferenciadas, que implicam restrições específicas dos direitos desse segmento” (BRASIL, 2013, p.10). Os indivíduos que atribuem adjetivos negativos a população negra são os mesmos que por meio das relações de poder excluem essa população de certos recursos que lhes são de direito.

O Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil, (2009-2010), revela que a qualidade e a expectativa de vida da população negra tem sido reduzida cada vez mais, sendo demonstrado pelas desigualdades no campo da saúde em todos os quesitos e recortes (gênero, doenças transmissíveis, geração, violência, acesso a planos particulares de saúde, tratamento dentário, saúde reprodutiva), além da violência vivenciada de forma mais intensa por esse grupo, sobretudo entre jovens negros, quando comparada ao restante da população, o que revela o descaso com a saúde desses grupos sociais e a evidência do racismo no SUS. (Paixão, 2011; CHEHUEN NETO *et al.*, 2015).

Dados do Ministério da Saúde de 2009 demonstram que 73% das gestantes brancas conseguem realizar sete ou mais consultas de pré-natal, quando comparamos com as gestantes negras, essa proporção cai para 46%. As restrições de acesso aos serviços e a baixa qualidade da atenção são fatores que ampliam a vulnerabilidade de mulheres negras à morte devido as causas relacionadas à gravidez; em relação ao risco de morte para essas mulheres, este pode

ser 80% maior do que para as brancas. Essas desigualdades também acometem as crianças negras, que apresentam 25% a mais de probabilidade de ir a óbito antes de completar um ano de vida quando comparado as crianças brancas (ONU, 2011).

Um estudo mais recente realizado por Goes e Nascimento (2013) a fim de demonstrar as diferenças nas características sociodemográficas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de mulheres na Bahia, segundo raça/cor, identificou que para o nível de acesso considerado bom, as mulheres brancas representam 15,4%, enquanto as negras respondem por 7,9%. O estudo elucidou ainda que as desigualdades raciais e o racismo institucional são uma barreira no acesso aos serviços preventivos de saúde para as mulheres negras, visto que as mulheres negras ficam mais expostas as iniquidades em saúde, o que causa prejuízo ao processo saúde-doença, impactando cada vez mais nas condições de vida. Sendo assim, é evidente que as desigualdades raciais acarretam no acesso aos serviços de saúde, limitando cuidado, gerando doenças e agravos a saúde.

Essas disparidades e a exclusão social acarretam uma série de sofrimentos psíquicos nos sujeitos, e acabam, por muitas vezes, despotencializando as pessoas para ações de resistência e luta no sentido de superar as situações de subalternidade. (LAGES et al, 2014). Em linhas gerais, a PNSIPN surge como uma medida compensatória na tentativa de minimizar os efeitos da discriminação e da exploração sofridas pelos negros ao longo da história brasileira, já que esse histórico se reflete em vários aspectos, não sendo diferente em relação à saúde. Desse modo, o reconhecimento social e político ocorre em concordância com a análise dos aspectos de vida e saúde da população negra, sendo atrelados à possibilidade de benefícios decorrentes da execução de uma política de saúde organizada (CHEHUEN et al., 2015).

Aliado a essas desigualdades, ainda temos o racismo institucional presente nas instituições públicas e privadas no Brasil, que posiciona pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações; ele ainda propicia o funcionamento cotidiano de instituições e organizações de maneira difusa de modo a provocar disparidades tanto na distribuição de serviços como nos benefícios e oportunidades dos diferentes grupos da população do ponto de vista racial (MADEIRA; GOMES, 2018).

A PNSIPN traz a definição do racismo institucional como sendo:

produção sistemática da segregação étnico-racial, nos processos institucionais. Manifesta-se por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho, resultantes de ignorância, falta de atenção, preconceitos ou

estereótipos racistas. Em qualquer caso, sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios produzidos pela ação das instituições (BRASIL, 2013, p.16).

Massignam, Bastos e Nedel (2015), explanam que o acesso à garantia do cuidado e a construção do vínculo entre sujeitos são motivados por alguns fatores tais como o modo como as instituições atendem às necessidades de saúde individuais e coletivas. A maneira que o trabalhador em saúde, ao se colocar no lugar do usuário e identificar suas necessidades, é compreendida como uma das formas de acolhimento ao atender e responder a essas demandas sejam elas objetivas ou subjetivas. O acesso, considerado como fator determinante para a utilização dos serviços de saúde, resulta de fatores individuais, contextuais e relativos à qualidade do atendimento, o que vai impactar diretamente na utilização e na efetividade do cuidado.

É preciso, portanto, tornar visível como o racismo se manifesta nas relações sejam de trabalho, bem como nas atitudes e práticas de funcionários e nas ações finalísticas da instituição em si, para que assim se possa preveni-lo, combatê-lo e quem sabe até destruí-lo, através de novas normas e procedimentos capazes de contribuir para a mudança da cultura institucional. A exemplo disso destaca-se o trabalho com as religiões de Matriz Africana, permitindo a interlocução entre saberes diferentes e, por vezes antagônicos, quanto a concepção e formas de intervenção no processo saúde-doença, mas que podem perfeitamente funcionar não só como terapêuticas alternativas, mas como complementares em si (BASTOS, PITTA, 2016).

Uma pesquisa realizada com indivíduos negros, usuários do SUS, na cidade de Juiz de Fora, em 2015, demonstrou que uma grande parcela da amostra se encontra insatisfeita com o acesso e a qualidade dos serviços prestados na rede pública de saúde dessa região. Os custos com a continuidade do tratamento médico foram citados como um dos maiores empecilhos para o reestabelecimento das condições de saúde (CHEHUEN NETO *et al.*, 2015).

A Doença Falciforme (DF), é uma das doenças mais prevalentes entre a população negra, reduzir seus índices de mortalidade se configura como uma das diretrizes da PNSIPN. O acesso da pessoa com anemia falciforme aos serviços de saúde deve ocorrer por meio da Estratégia Saúde da Família, que é considerada a porta de entrada para todo o sistema de saúde. Assumindo o papel de coordenação do cuidado, também deve ser a Estratégia Saúde da Família a responsável pelo encaminhamento do paciente aos demais níveis de atenção, idealmente organizados em redes assistenciais integradas (GOMES *et al.*, 2014)

Essa doença acomete principalmente a população mais carente e sua maior incidência é na população negra, que se encontra em maior vulnerabilidade social, a exemplo das comunidades quilombolas, que são espaços habitados, secularmente por descendentes de indivíduos de origem afro-brasileira. Um estudo realizado por Martins et al (2019), na comunidade quilombola de Praia Grande em ilha de Maré na Bahia, evidenciou que o itinerário terapêutico de crianças quilombolas com doença falciforme perpassa por uma realidade de iniquidade e inadequação da rede de atenção à saúde da criança e um grande despreparo por parte dos profissionais de saúde para o cuidado.

É válido salientar que apesar das vulnerabilidades, dos cenários de extrema pobreza, além das demandas não respondidas pelo acesso às políticas públicas de proteção social e de saúde, do racismo e da exclusão, a população negra tem reinventado mecanismos de resistência para a garantia da sobrevivência, ao mesmo tempo em que oferece ao Estado e à sociedade brasileira suas experiências como forma de construir coletivamente outra dinâmica de vida e ação política. Logo, é exigida uma articulação das lutas sociais, pois enquanto o racismo e o sexismo forem tratados como fenômenos de menor importância, o exercício político voltado à emancipação humana continuará incompleto e inconcluso (MADEIRA, GOMES, 2018).

## **2.2 Avaliação em saúde**

Considera-se a avaliação como um componente das práticas que está presente em diversos âmbitos e campos do espaço social. Apresenta inúmeras possibilidades de expressão, nesses campos, ocasionando diversos conceitos e metodologias o que torna obrigatório tanto para o gestor quanto para o pesquisador, uma explicitação das suas abordagens teóricas e técnicas (GRÉMY, 1983; VIEIRA-DA-SILVA e FORMIGLI, 1994; CONTANDRIOPOULOS e outros, 2000 *apud* VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Corroboramos com Almeida e Melo (2010) no que tange a importância da avaliação, pois a mesma contribui para definir metas e objetivos para os serviços e sistemas de saúde, através da reflexão sobre o cotidiano desses tanto no campo da política, quanto na economia, gestão, e nas práticas profissionais, além de proporcionar a inclusão e o comprometimento dos sujeitos sociais com o SUS.

A avaliação deve ser um processo objetivo de análise e julgamento da política pública sob análise. Devem ser considerados, dentre outros aspectos, a forma como a política está sendo implementada, seus efeitos desejados e adversos, os principais stakeholders (diferentes

interessados/grupos de interesse), e a forma como os recursos públicos estão sendo utilizados. Para tanto, é necessário o uso de metodologias formais, já que, diferentemente da análise individual (em que aspectos subjetivos são facilmente racionalizados e ordenados de acordo com o seu grau de importância relativa), no caso das políticas públicas ocorre uma impossibilidade de sintetização de benefícios subjetivos de toda a sociedade (BRASIL, 2018).

A avaliação constitui um instrumento necessário e essencial de apoio a gestão pela sua capacidade de melhorar a qualidade da tomada de decisão. Ela vai fornecer subsídios para propiciar o aumento da eficiência, eficácia e efetividade das atividades desenvolvidas pelo serviço ou pela organização. (TANAKA, TEMAKI, 2012).

Aqui utilizaremos o conceito de Contandriopoulos e colaboradores (1997) em que avaliar consiste em realizar um julgamento de valor acerca de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, no intuito de auxiliar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser através de uma avaliação normativa, que consiste no resultado da aplicação de critérios e de normas ou através de uma pesquisa avaliativa que é elaborada a partir de um procedimento científico.

A pesquisa avaliativa pode ser definida como o procedimento que consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção através de métodos científicos. De forma mais precisa, trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, bem como as relações existentes entre a intervenção e, o contexto em que ela se situa, tendo como objetivo ajudar na tomada de decisões. (CONTRANDIOPOULOS et al., 2005).

De acordo com Contrandriopoulos e colaboradores (2005) uma pesquisa avaliativa, pode se decompor em seis tipos de análise: Análise Estratégica, Análise de Intervenção, Análise de Produtividade, Análise de Efeitos, Análise do Rendimento e Análise de Implantação. Realizar uma pesquisa avaliativa em uma intervenção consiste, portanto, em fazer uma ou várias destas análises. Tratando-se do objetivo desta pesquisa elucidaremos a seguir apenas sobre a Análise de Implantação.

De acordo com Contandriopoulos, Champagne, Denis e Pineault (1997), a análise de implantação, pretende de um lado aferir a influência que pode ter a variação no grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos e, por outro, analisar a influência do ambiente, do contexto, no qual a intervenção está implantada nos efeitos da intervenção. Este tipo de análise é apropriado quando observamos uma grande variabilidade nos resultados obtidos por intervenções semelhantes implantadas em contextos diferentes.

Denis e Champagne (1997) salientam, que a análise da implantação é particularmente importante quando a intervenção analisada é complexa e composta de elementos sequenciais sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes modos, pois ela visa, portanto, em entender as condições de implantação das intervenções e os processos de produção dos efeitos. Ela se apoia conceitualmente em três componentes.

O primeiro componente se refere a análise dos determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção. Esse componente tem como objetivo entender melhor o que explica as variações observada em nível de implantação ou da integridade de uma intervenção.

O segundo componente é a análise da influência da variação na implantação sobre os efeitos observados, nesse componente, é possível interpretar com mais fidedignidade os resultados de determinada avaliação, além de contribuir para diferenciar os componentes de uma intervenção passíveis de facilitar o alcance dos resultados esperados. O terceiro componente trata da análise da influência da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados, esse componente é útil quando se deseja documentar e explicar a dinâmica interna de uma intervenção (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Como explanado acima, a análise de implantação analisa o contexto e, a partir da teoria das organizações foram criados alguns modelos que podem servir para analisar o contexto em uma análise de implantação. Estes modelos de acordo com (SCHEIRER, 1981 apud DENIS; CHAMPAGNE, 1997) podem ser agrupados em cinco perspectivas que são: racional, desenvolvimento organizacional, psicológico, estrutural e político. A seguir descrevemos as principais características de cada um desses modelos.

A iniciar pelo modelo racional, que de acordo com Denis e Champagne (1997), representa a concepção tradicional da mudança planejada nas organizações, entretanto para eles, esse modelo tende a mascarar as tensões ou contradições que se articulam em torno dos processos de implantação das intervenções, parecendo levar em conta apenas os fatores explicativos da intervenção.

O modelo do desenvolvimento organizacional, utilizado neste estudo, sugere que um contexto favorável à implantação se caracteriza pela presença de um estilo participativo de gestão, de uma descentralização dos processos de decisão nos programas de enriquecimento das tarefas e de mecanismos que favorecem uma boa comunicação na organização (FULLAN, 1971; BERMAN, 1980; GEIS, 1985; HERMAN-TAYLOR, 1985; GOODMAN & KURKE, 1982 apud DENIS, CHAMPAGNE, 1997).

O modelo psicológico se baseia em uma perspectiva onde os indivíduos terão uma tendência a resistir à implantação de uma intervenção apesar da sua adesão inicial e, portanto, essa implantação apresentará obstáculos importantes, e necessita da elaboração de alguns mecanismos de modo a contorná-los. No modelo estrutural, as organizações que conseguem implantar uma intervenção que apresentam um contexto favorável à sua eficácia se distinguem das outras por toda uma série de características referentes aos atributos organizacionais (DENIS, CHAMPAGNE, 1997).

O modelo político aborda que a adoção e a implantação de intervenções são consideradas como jogos de poder organizacional, cujo resultado constitui um ajuste as pressões internas e externas. As dificuldades ligadas à implantação de uma intervenção não dependem, segundo esta abordagem de uma ineficácia do processo de planejamento ou do sistema de controle, mas sim de interesses particulares dos atores influentes na organização.

Portanto, concordamos a avaliação não deve ser conduzida por órgãos responsáveis pela execução de um programa ou de uma política pública, mas de maneira preferencial por órgãos independentes como pelas universidades e fundações privadas, desde que haja uma interação com o gestor responsável pela política pública. Quando essas avaliações, são realizadas com maior grau de independência, contribuem para o aperfeiçoamento da política pública, além de fornecer à sociedade insumos para um debate mais qualificado sobre os gastos públicos (BRASIL, 2018).

A avaliação baseia-se na reflexão crítica e, quando necessário, na proposição de mudanças na condução da política pública. Para tanto, não se deve compreender a avaliação como uma atividade exclusivamente técnica, pois contempla também as dimensões administrativas e políticas. Tratando-se ainda da avaliação na área da saúde, esta pode proporcionar mudanças de práticas ou manter determinada ação a depender do interesse de quem avalia e de como avalia. (SANTOS, 2006; BRASIL, 2018).

### 3 METODOLOGIA

Neste capítulo, apresentamos o tipo de estudo; lócus do estudo; participantes da pesquisa; o processo de coleta de dados; como foi realizada a análise dos dados e os aspectos éticos referentes a essa pesquisa.

#### 3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, realizada através de estudo de caso único, com abordagem qualitativa. Como bem define Vieira-da-Silva (2014, p.16), avaliar consiste em:

um julgamento que se faz sobre uma intervenção sanitária (política, programa ou prática), voltada para a resolução de problemas de saúde, visando aferir o mérito, esforço ou valor da referida intervenção ou do seu produto, para o seu aperfeiçoamento.

A avaliação é considerada um instrumento político em busca de poder, pois possibilita tanto modificar quanto influenciar a direcionalidade e velocidade da atenção à saúde. É essencial para o processo de avaliação a definição de qual (is) interessado (s) detém (êm) poder para tomar decisão. O exercício dessa capacidade será dado pelo contexto e pela organização do processo de trabalho, na execução das atividades, como na gestão da rede de atenção (TANAKA E MELO, 2008)

Como explicitado anteriormente, a pesquisa avaliativa, pode se decompor em seis tipos de análise. Dentre estes, utilizaremos a análise de implantação, que busca estudar os determinantes e a influência da variação na implantação nos efeitos trazidos após a introdução de uma intervenção. A análise de implantação se apoia de forma conceitual na análise da influência sobre três componentes, neste estudo utilizaremos o componente três que se refere a interação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados. Aplicaremos o modelo do desenvolvimento organizacional, neste estudo, como já explicitado anteriormente (DENIS, CHAMPAGNE, 1997).

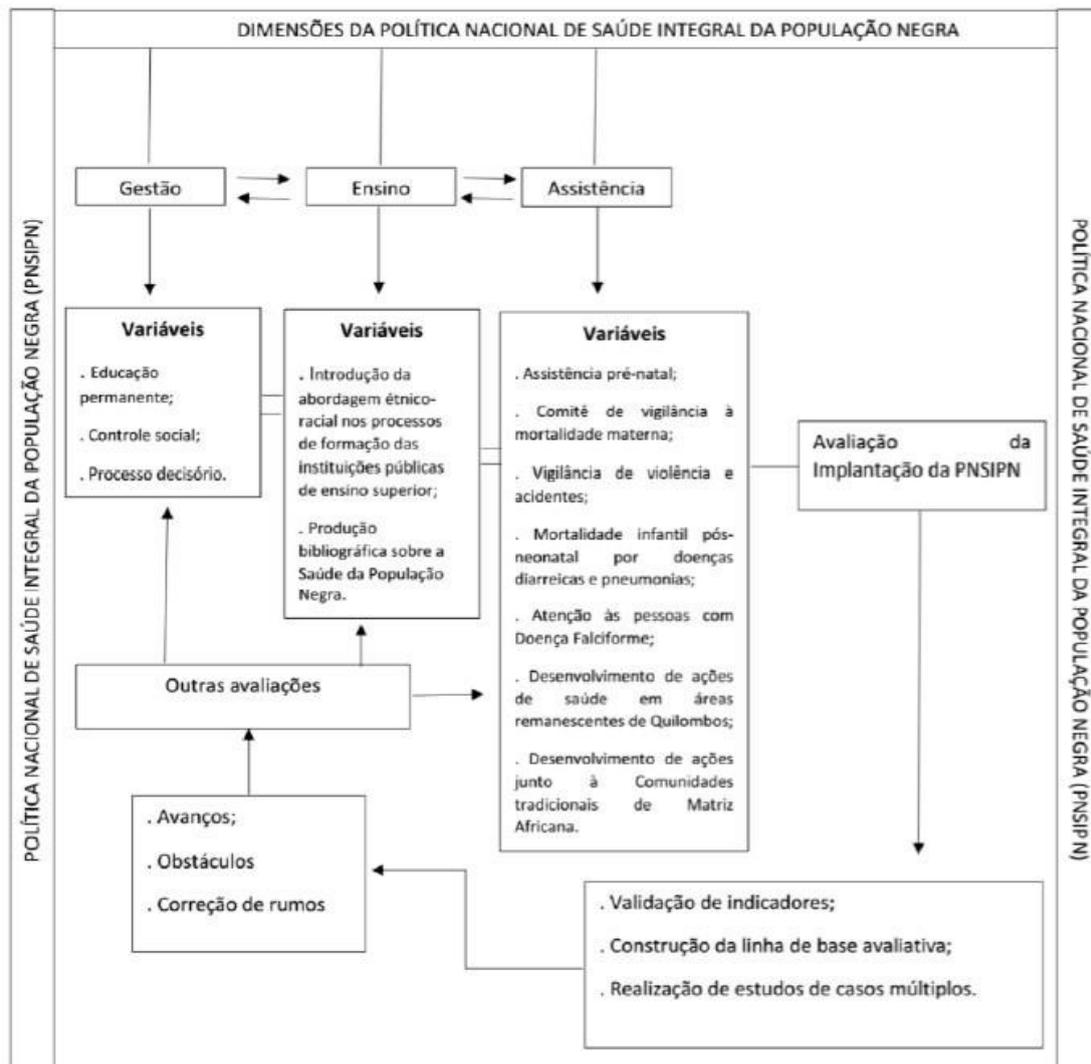
O estudo de caso, escolhido para esta pesquisa, se configura como a estratégia preferida para responder questões do tipo "como" e "por que", quando o pesquisador possui pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real. (YIN, 2005). Portanto, se configura como uma estratégia adequada para o estudo em questão.

Para a realização desse estudo, adotaremos dentro do processo avaliativo o modelo lógico (Figura 1) que foi elaborado por Santos e Silva (2017), o qual considera as dimensões e variáveis identificadas, primeiro, num estudo de avaliabilidade e, posteriormente, na

construção de um plano de indicadores sobre a política. Destaca-se que esse plano de indicadores para avaliação da PNSIPN foi validado por Silva (2017) na sua dissertação de mestrado intitulada: “Validação do plano de indicadores para avaliação da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra”

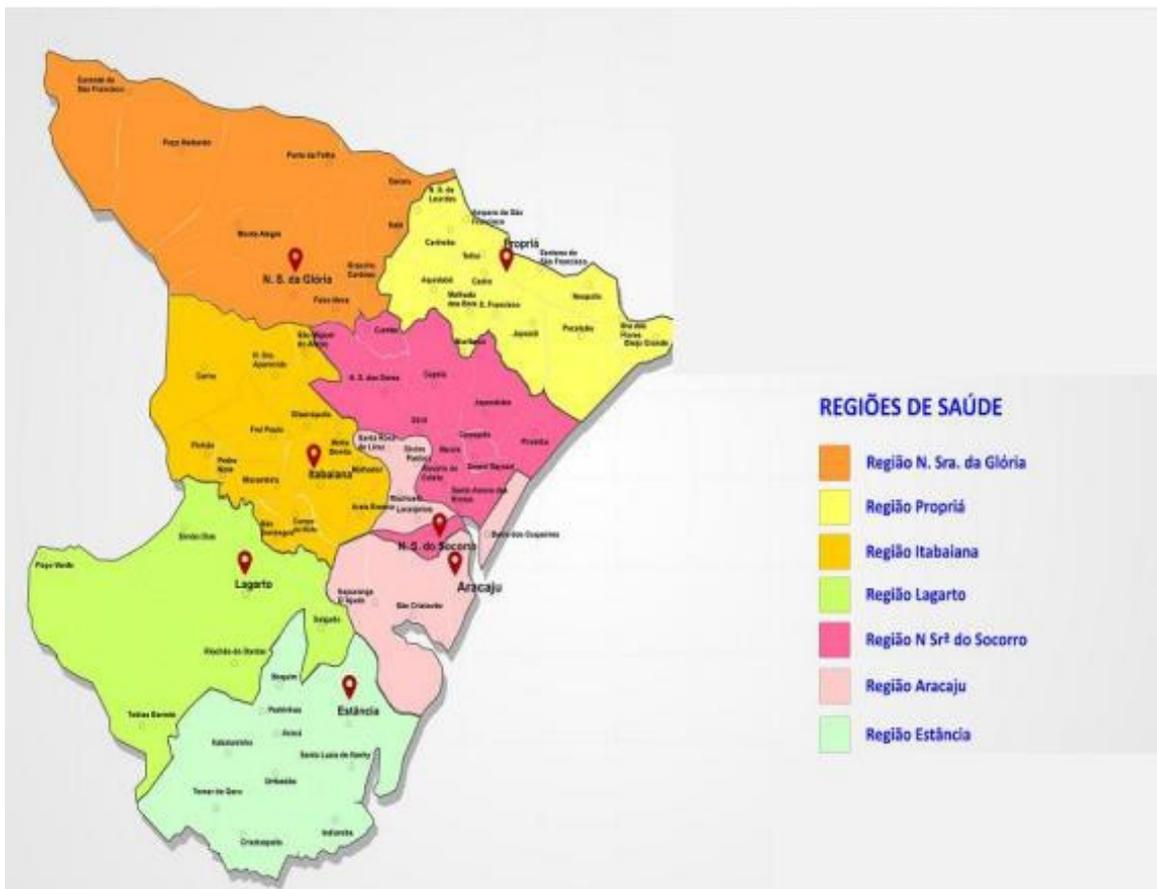
Como demonstra o modelo lógico na figura 1, há três dimensões para avaliação da PNSIPN, sendo eles: gestão, assistência (acesso às ações e serviços de saúde) e ensino (englobando aqui a pesquisa), entretanto, só consideraremos as duas primeiras dimensões focando sobretudo os aspectos fundamentais do modelo organizacional: descentralização, comunicação e gestão participativa.

**Figura 1 - Modelo lógico para avaliação da implantação da PNSIPN proposto por Santos e Silva, 2017.**



### 3.2 Lócus do Estudo

O lócus da pesquisa é o estado de Sergipe, o qual possui uma área de 21.926,908 km<sup>2</sup>, o que corresponde a cerca de 0,26% do território brasileiro, com uma população estimada em 2018 de 2.278.308 habitantes, distribuídos entre os 75 municípios do estado. O município com a maior área territorial é Poço Redondo, e o menor é General Maynard, com apenas 18,1 km<sup>2</sup>. Possui apenas sete municípios com população acima de 50 mil habitantes, sendo a cidade de Aracaju, capital do estado, a mais populosa e conta com uma população de 614.577.



**Figura 2 - Regiões de Saúde do estado de Sergipe, 2020.**

Para fins deste trabalho, foram selecionados os municípios de Aracaju, Laranjeiras, Lagarto e São Cristóvão que serão as unidades de análise embrincadas do caso Sergipe. Estes municípios foram selecionados de maneira intencional, sendo escolhidos por estarem habilitados na gestão municipal de saúde.

O estado de Sergipe possui 15 Hospitais Locais, 06 Hospitais Regionais, 04 Hospitais Horizontais, 03 Hospitais Especializados, 08 Maternidades de Risco Habitual e 01 Maternidade de Alto Risco. Esses estabelecimentos estão localizados nas 07 Regiões de Saúde, estando a maior concentração na Região de Saúde de Aracaju (Figura 2), ou seja, onde existe a grande parte da população do Estado. Apresenta ainda 632 Equipes de Saúde da

Família, 4173 Agentes Comunitários de Saúde, 414 Equipes de Saúde Bucal e 40 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (PESS, 2016)

### 3.3 Participantes da pesquisa

Por se tratar de um estudo qualitativo, não definimos uma amostra, sendo que as entrevistas foram interrompidas mediante saturação dos achados. Os participantes dessa pesquisa foram selecionados de maneira intencional a fim de responder os objetivos da mesma. Trata-se, portanto, de uma amostra de conveniência. Como sinaliza Martins e Bogus (2004), na abordagem qualitativa, as amostras são propositais pois procura-se apreender e entender certos casos selecionados sem necessidade de generalização para todos os casos possíveis.

Para fins de seleção das pessoas que foram entrevistadas, delimitamos como critérios de inclusão: participantes que estavam no local nos momentos da coleta e com disponibilidade, nas seguintes categorias preestabelecidas: gestores (secretário municipal de saúde e coordenadores dos diferentes programas da atenção básica); trabalhadores de saúde (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde (ACS)) e equipe multidisciplinar, tanto dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), moradores de comunidades remanescentes de quilombos e de comunidades tradicionais de matriz africana. E, por conseguinte como critérios de exclusão: estar de férias ou em condição de licença, durante o período da coleta. Obedecendo esses critérios, obtivemos 24 entrevistas.

**Tabela 1- Caracterização dos participantes da pesquisa – Sergipe, 2020.**

ENTREVISTADOS	IDADE	RAÇA	SEXO	ESCOLARIDADE	LOCALIDADE
<b>GESTORES DE SAÚDE</b>					
Nº 1	32	PARDA	FEMININO	PÓS-GRAD COMP	LAGARTO
Nº 2	44	BRANCA	FEMININO	PÓS-GRAD COMP	ARACAJU
Nº 3	27	PARDA	FEMININO	PÓS-GRAD COMP	LAGARTO
Nº 4	38	BRANCA	FEMININO	ENS. SUPERIOR	LAGARTO
Nº 5	28	BRANCA	MASCULINO	PÓS-GRAD COMP	LAGARTO
Nº 6	38	PARDA	MASCULINO	PÓS-GRAD COMP	LAGARTO
Nº 7	36	AMARELA	FEMININO	PÓS-GRAD COMP	LAGARTO
Nº 8	35	BRANCA	MASCULINO	PÓS-GRAD COMP	ARACAJU

<b>TRABALHADORES DA SAÚDE</b>					
Nº 1	40	PARDA	MASCULINO	PÓS-GRAD COMP	ARACAJU
Nº 2	51	BRANCA	FEMININO	PÓS-GRAD COMP	ARACAJU
Nº 3	36	BRANCA	FEMININO	PÓS-GRAD COMP	ARACAJU
Nº 4		PARDA	MASCULINO	PÓS-GRAD COMP	ARACAJU
Nº 5	29	PARDA	FEMININO	PÓS-GRAD COMP	ARACAJU
Nº 6	52	PRETA	FEMININO	ENS MED COMP	LARANJEIRAS
Nº 7	37	PARDA	FEMININO	ENS SUP COMP	LARANJEIRAS
<b>COMUNIDADE QUILOMBOLA</b>					
Nº 1	53	PARDA	MASCULINO	ENS. MÉDIO COMP	LAGARTO
Nº 2	38	PRETA	FEMININO		LAGARTO
Nº 3	40	PARDA	FEMININO	ENS. MÉDIO COMP	LAGARTO
Nº 4	27	PARDA	FEMININO	MESTRANDA	LAGARTO
Nº 5					LAGARTO
<b>COMUNIDADES TRADICIONAIS DE MATRIZ AFRICANA</b>					
Nº 1	59	PARDA	FEMININO	ENS. SUPERIOR INC	ARACAJU
Nº 2	48	PARDA	MASCULINO	PÓS-GRAD COMP	ARACAJU
Nº 3	54	PRETA	FEMININO	ENS. SUPERIOR INC	SÃO CRISTOVÃO
Nº 4	43	PRETA	MASCULINO	ENS MED INC	ARACAJU

### 3.4 Coleta de dados

Utilizamos a entrevista semiestruturada como técnica de coleta de dados. O roteiro utilizado nas entrevistas foi construído e testado previamente pela equipe do projeto maior (ANEXO 3 e 4). Os entrevistadores foram treinados em reuniões anteriores à coleta. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS, iniciou-se a coleta de dados, sendo realizada entre os meses de outubro e novembro de 2017.

Para a realização das entrevistas com os residentes em comunidades quilombolas e os membros de religiões de matriz africana foi agendado horário prévio com os entrevistados, utilizando-se das parcerias com pessoas chave em cada município onde a coleta foi realizada.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, e os registros armazenados para posterior análise. Também foi realizada análise documental do Plano Estadual de Saúde de Sergipe (2016-2019) e do Plano Sergipano De Educação Permanente Em Saúde (2019 -2022) em busca das divergências e convergências com as falas dos entrevistados.

### **3.5 Análise de dados**

Os dados provenientes das entrevistas foram analisados qualitativamente por meio da técnica de Análise de Conteúdo Temática, proposta por Bardin (2011), a qual constitui-se em três etapas: a primeira diz respeito a pré-análise; a segunda, incide na exploração do material; e, a terceira, refere-se ao tratamento e interpretação dos resultados obtidos.

A pré-análise é a fase de organização propriamente dita, a qual tem o objetivo de operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais. Essa fase abrange a leitura flutuante do texto, seguida da escolha dos documentos a serem analisados considerando-se os objetivos propostos e os recortes que orientarão a análise (BARDIN, 2011).

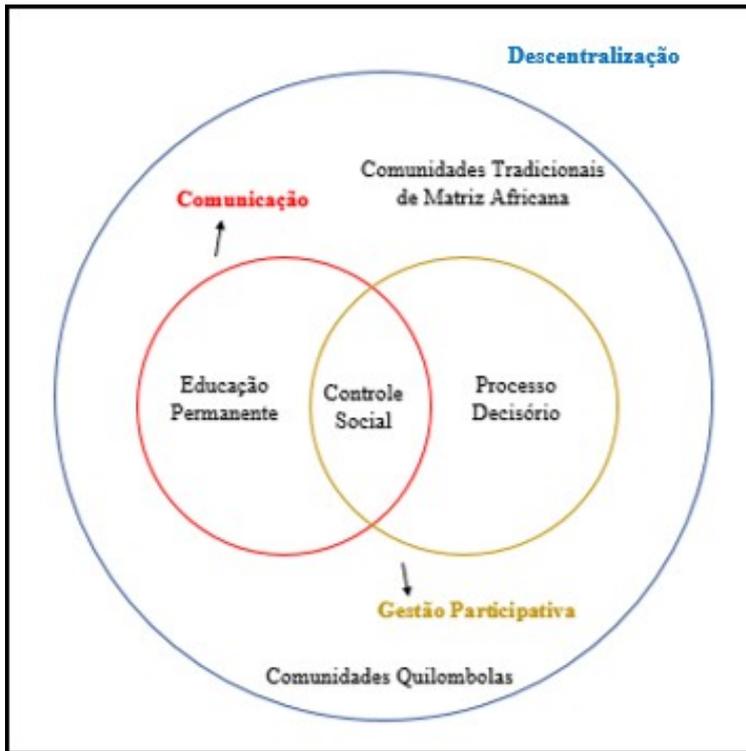
A fase de exploração do material é uma etapa que consiste na definição das categorias e da codificação. Os dados brutos são organizados e agrupados em categorias, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do material empírico (BARDIN, 2011). A última fase consiste no tratamento e interpretação dos resultados obtidos. Nesse momento, é atribuída significação às características do texto resumidas após tratamento e apresentadas sob a forma de categorias. Assim, os dados obtidos são interpretados de acordo com as categorias temáticas que se revelarem, respaldados à luz da literatura pertinente ao tema em estudo.

Um sistema de categorias é necessário para a codificação da análise de conteúdo, o qual a categorização tem como primeiro objetivo fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados coletados. A classificação de elementos em categorias proporciona a investigação do que cada um tem em comum com outros, permitindo o agrupamento através de partes comuns. Deste modo, a análise de conteúdo determina implicitamente a crença de que a categorização não introduz desvios no material, mas que dá a conhecer índices invisíveis, ao nível dos dados em bruto (BARDIN, 2011)

A categorização dos temas ocorreu aprioristicamente a partir de um modelo lógico existente, que apresenta diversas variáveis. Procuramos identificar nas entrevistas achados que se aproximavam desta ou daquela variável presente no modelo lógico escolhido (FIGURA 1).

Para tanto, desenvolvemos um modelo de análise (Figura 3) considerando as variáveis propostas por Silva e Santos (2017) presentes na figura 1 e intercalando com os principais fundamentos do modelo organizacional proposto por Denis e Champagne (1997), sendo eles: descentralização, comunicação e gestão participativa.

**Figura 3 - Modelo de Análise baseado no modelo do Desenvolvimento Organizacional de Denis e Champagne (1997).**



Fonte: Autoria própria

Analisamos o conteúdo selecionado em busca de enunciações avaliativas, as quais possibilitaram o direcionamento da avaliação da PNSIPN por dimensão de análise. Para facilitar o tratamento destes resultados, adaptamos o quadro esquemático utilizado por Santos e Melo (2012), adicionando elementos necessários à avaliação de cada tema central (Quadro 1).

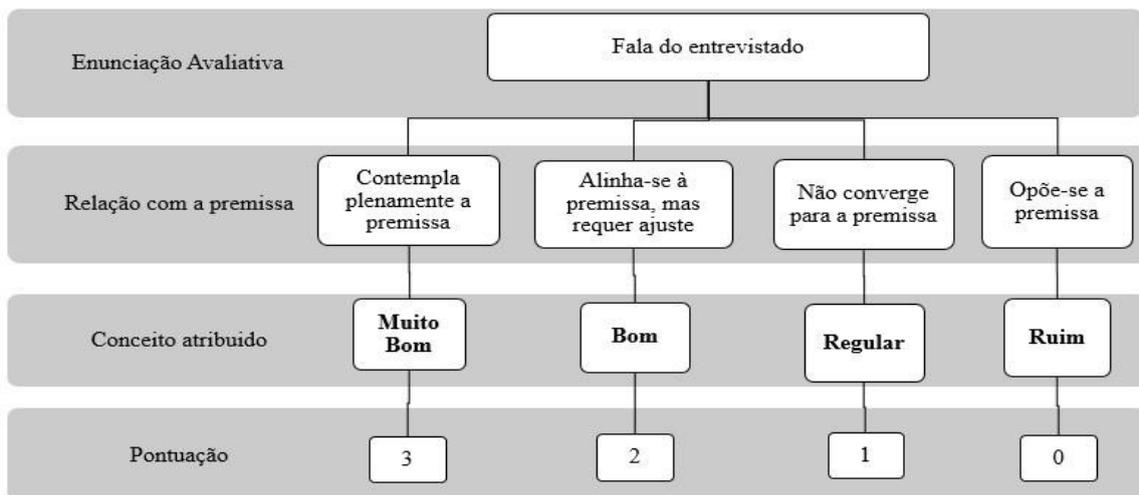
**Quadro 1 - Enunciações avaliativas sobre a avaliação da PNSIPN, por variável e tema central**

Variável:			
Tema Central:			
Premissa:			
<i>Ator</i>	<i>Como é descrito</i>	<i>Termos Avaliativos</i>	<i>Resultado da Avaliação</i>

Fonte: Adaptado de Santos e Melo (2012)

Na discussão, utilizamos como resultados da avaliação um modelo desenvolvido por Santos (2014), onde ele criou quatro conceitos: Muito bom; bom; regular ou ruim. Em seguida foi atribuído um conceito a cada item levando em consideração as enunciações avaliativas e do modelo de avaliação assumidos no estudo. Assim, os conceitos da avaliação foram selecionados com base no maior ou menor alcance da premissa em questão.

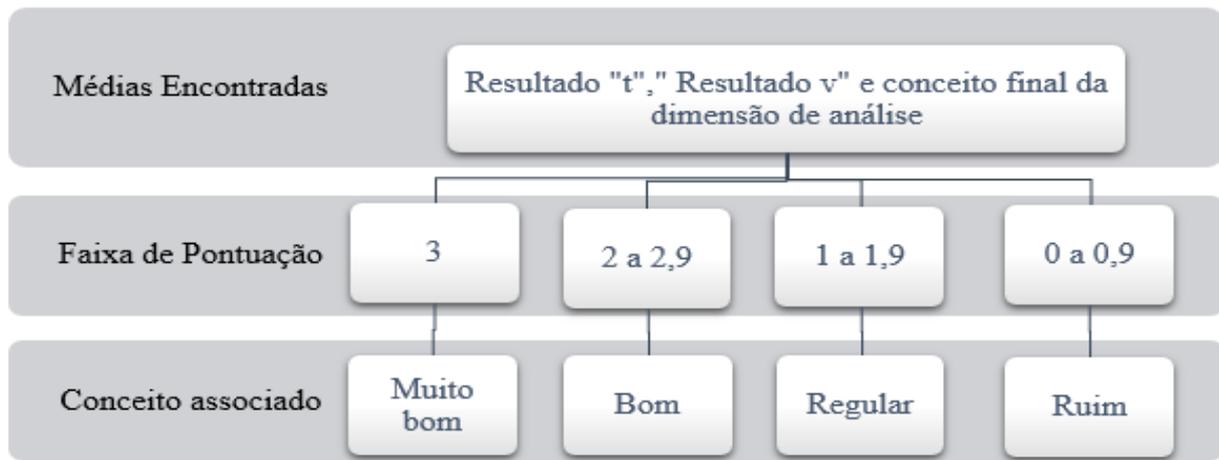
Assim, os conceitos da avaliação foram atribuídos com base no maior ou menor alcance da premissa em questão (Figura 4). Nas enunciações em que a premissa foi plenamente contemplada, atribuímos o conceito “Muito bom” e naquelas em que as falas estavam alinhadas à premissa, mas indicavam situações que necessitam ser melhoradas, o conceito foi “Bom”. Sinalizamos como “Regular” as enunciações que não convergiram para o alcance da premissa e quando as falas se opuseram ao estabelecido na premissa, registramos o conceito “Ruim”. (SANTOS, 2014)



**Figura 4 - Critérios para atribuição dos conceitos às enunciações avaliativas, neste estudo de caso. Fonte: Santos (2014).**

Como ilustra a Figura 4 os quatro conceitos estão relacionados a números de 0 a 3. Esta pontuação foi utilizada para a consolidação das diversas enunciações em apenas um resultado de cada tema central (Resultado t), a partir do cálculo da média aritmética dos valores iniciais (soma dos pontos dos conceitos dividida pela quantidade de enunciações avaliativas) (SANTOS, 2014).

Na sequência, calculamos a média aritmética para gerar o conceito global de cada variável discutida (Resultado v) e de cada dimensão de análise, usando as faixas de pontuação apresentadas na Figura 5 como base para atribuição dos conceitos consolidados. (SANTOS, 2014).



**Figura 5- Faixas de pontuação utilizadas para consolidação dos conceitos atribuídos aos temas centrais, variáveis e dimensões de análise, neste estudo de caso. Fonte: Santos (2014).**

Tais conceitos não foram utilizados com o intuito de rotular os itens de forma definitiva. Pelo contrário, buscaram apenas sinalizar as variáveis que requerem maior atenção dos atores envolvidos, seja no sentido de melhorar o que está ruim ou de valorizar as experiências exitosas que se sobressaíram (SANTOS, 2014, p. 41).

Para a análise do contexto da implantação da PNSIPN, foi realizada leitura exhaustiva e repetida das entrevistas realizadas e emergiram quatro temas relevantes e que estão relacionados ao processo de implantação dessa política. Consequente a isso, elaboramos um quadro esquemático (Quadro 2) que apresenta tema central, segundo a descrição do ator da pesquisa, atribuindo a eles um valor positivo ou negativo para o processo de implantação da PNSIPN.

**Quadro 2 - Atribuição de valor ao processo de implantação da PNSIPN. Sergipe, 2020.**

<i>Tema Central</i>	<i>Como é descrito</i>	<i>Ator</i>	<i>Valor para o processo de implantação</i>

Fonte: Santos, Melo (2012).

### 3.6 Aspectos Éticos

No que se concerne ao posicionamento ético, o presente estudo foi orientado pelas Diretrizes e Normas Regulamentadoras dispostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no cenário brasileiro (BRASIL, 2012). Essa pesquisa conta com o respaldo do projeto maior, o qual foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS e conta com o financiamento do CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SGEP/DAGEP pela portaria nº 21/2014, conforme parecer (ANEXO 1).

Para atender às exigências éticas da Resolução N° 466/2012, foi assegurado o sigilo das informações consideradas confidenciais pelos colaboradores, sendo assim os participantes foram convidados e aceitaram participar deste estudo voluntariamente, de forma a não infringir os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Após sua compreensão e aceitação, eles assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 2), o qual apresenta todas as informações referentes aos objetivos da pesquisa assim como os possíveis riscos e benefícios da participação. O anonimato dos participantes foi preservado, uma vez que não serão utilizados seus nomes nos resultados da referida pesquisa, assim como a sua vinculação à instituição.

Utilizamos como identificação os códigos a seguir: G1, G(...), G7 para os gestores, T1, T2, (...) para os trabalhadores e CQ1, CQ2, (...) para os residentes em comunidades quilombolas e CMA1, CMA2 (...) para os membros de religião de matriz africana.

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os achados desta pesquisa estão apresentados no formato de manuscrito, para posterior publicação. O primeiro artigo é intitulado: Avaliação da Implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Estado de Sergipe; e o segundo intitulado: Elementos de contexto no processo de implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Estado de Sergipe.

## 4.1 Artigo Científico

### **Avaliação da Implantação da Política Nacional de Saúde Integral a População Negra no Estado de Sergipe**

#### **RESUMO**

Esse artigo tem por objetivo avaliar a implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no estado de Sergipe. Trata-se de um estudo de caso único com abordagem qualitativa; foram realizadas entrevistas com gestores, trabalhadores da saúde, residentes de comunidades quilombolas e membros de comunidades de matriz africana de municípios do Estado de Sergipe. A análise de dados foi realizada através da Análise Temática de Conteúdo proposta por Bardin, através das enunciações avaliativas. Avaliamos a dimensão da gestão da PNSIPN (educação permanente, controle social e processo decisório) e a dimensão da assistência (acesso aos serviços de saúde por remanescentes de comunidades quilombolas e residentes em comunidades tradicionais de matriz africana), aliando-se ao Modelo do Desenvolvimento Organizacional proposto por Denis e Champagne (1997), que propõe como elementos macroestruturais: a comunicação, a gestão participativa e a descentralização. Como resultados, identificamos que a dimensão da gestão apresenta conceito ruim o que reflete na dimensão da assistência, identificando, portanto, que a PNSIPN não está implantada no Estado em questão. O Estudo aponta para o necessário investimento em educação permanente, divulgação da política tanto para os profissionais quanto para os usuários, bem com a reestruturação dos modelos organizacionais presentes nos serviços de saúde.

**Palavras-Chave:** Políticas de Saúde, População Negra, Acesso aos Serviços de Saúde.

#### **ABSTRACT**

This article aims to evaluate the implementation of the National Policy for Integral Health of the Black Population in the state of Sergipe. This is a unique case study with a qualitative approach, interviews were conducted with managers, health workers, residents of quilombola communities and members of religions of African origin in municipalities in the State of Sergipe. Data analysis was performed using the Thematic Content Analysis proposed by Bardin. We assessed the dimension of PNSIPN management (permanent education, social control and decision-making) and the dimension of assistance (access to health services by remnants of quilombola communities and residents in traditional African-based communities), in conjunction with the Development Model Organizational proposed by Denis and Champagne (1997), evaluating communication, participative management and decentralization. As a result, we identified that the management dimension presents a bad concept, which reflects in the assistance dimension, identifying, therefore, that the PNSIPN is not implemented in the State in question. It is necessary to invest in permanent education, disclosure of the policy for both professionals and users, as well as restructuring the organizational models present in health services

**Keywords:** Health Policy, African Continental Ancestry Group, Health Services Accessibility

## 1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi aprovada por unanimidade no Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2006, consolidando assim a responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em promover ações favoráveis à saúde da população negra, considerando que, apesar das conquistas institucionais do Movimento negro, o racismo, como condição histórica imersa na cultura brasileira, segue agravando a vulnerabilidade desse segmento populacional (BRASIL, 2011; ARAUJO, TEIXERA, 2016).

A PNSIPN integra um modelo de gestão, em consonância com o SUS, no qual os grupos étnicos em foco têm direito à promoção da saúde na atenção e no cuidado, priorizando a diminuição de desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e a discriminação nas instituições e serviços. Tal política corrobora com a premissa quando se refere à necessidade do cuidado e da atenção à saúde desses povos marcados pela exclusão histórica e que fazem parte das camadas mais vulneráveis da população, além do aperfeiçoamento e da viabilização dessa política no âmbito da saúde pública (GOMES *et al.*, 2017).

O racismo institucional na saúde é considerado como o fracasso coletivo para a promoção de um serviço apropriado e profissional para as pessoas devido à sua cor ou etnia, e pode se manifestar em processos, atitudes, comportamentos discriminatórios, negligência e estereótipos racistas. Essa prática constrói uma série de procedimentos que comprometem a equidade como a invisibilidade de determinadas doenças que afetam de forma mais significativa a população negra, a não inclusão da questão racial na formação médica e de equipes de saúde, a dificuldade no acesso a determinados serviços e a qualidade no atendimento (LAGES *et al.*, 2012).

De acordo com dados preliminares do DATASUS, em 2018, foram registrados 1621 óbitos maternos no Brasil, desses foram 496 brancas, 172 pretas, 8 amarelas, 879 pardas, 27 indígenas e 39 declarado como ignorado. Percebe-se que ao somar as pretas e as pardas, totalizamos 1.051, o que equivale a 64,83% do total de óbitos maternos no período supracitado. Esses dados corroboram com um estudo realizado por Theopilo, Rattner e Pereira (2018), o qual evidenciou que as gestantes negras se encontram em desvantagem na assistência pré-natal na gravidez não planejada, bem como na menor proporção com número adequado de consultas e ao receber menos orientação quanto ao parto normal e sobre onde deveriam fazer o parto. Cabe ressaltar que a assistência pré-natal tem por objetivo acolher a mulher do início ao fim da gravidez e puerpério, e assegurar um atendimento qualificado e

humanizado por meio de condutas acolhedoras, sem intervenções desnecessárias e com fácil acesso aos serviços de saúde.

Avaliar como uma política vem sendo implantada é de fundamental importância para fazer emergir problemas, como citado no estudo anterior. Dessa maneira, a avaliação se revela como uma possibilidade de contribuir para a definição de metas e objetivos para os serviços e sistemas de saúde, de modo a refletir sobre o cotidiano desses nos campos da política, da economia, da gestão e das práticas profissionais, além de possibilitar a inclusão e o comprometimento dos sujeitos sociais com o SUS.

A avaliação é um instrumento político e de poder, pois possibilita tanto modificar quanto influenciar a direcionalidade e velocidade da atenção à saúde. É essencial para o processo de avaliação a definição de qual (is) interessado (s) detém (êm) poder para tomar decisão. O exercício dessa capacidade será dado pelo contexto e pela organização do processo de trabalho, na execução das atividades, como na gestão da rede de atenção (TANAKA E MELO, 2012). Destacamos que não pretendemos esgotar ou mesmo abranger todos os pontos referentes a implantação da PNSIPN, no entanto, os aspectos aqui estudados apontam para possíveis caminhos com correção de rumos.

Assim, é nesta perspectiva que o estudo apresenta como pergunta: Como se dá a implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no estado de Sergipe? Tal pergunta, remete ao seguinte objetivo: Avaliar a implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no estado de Sergipe.

## **2 METODOLOGIA**

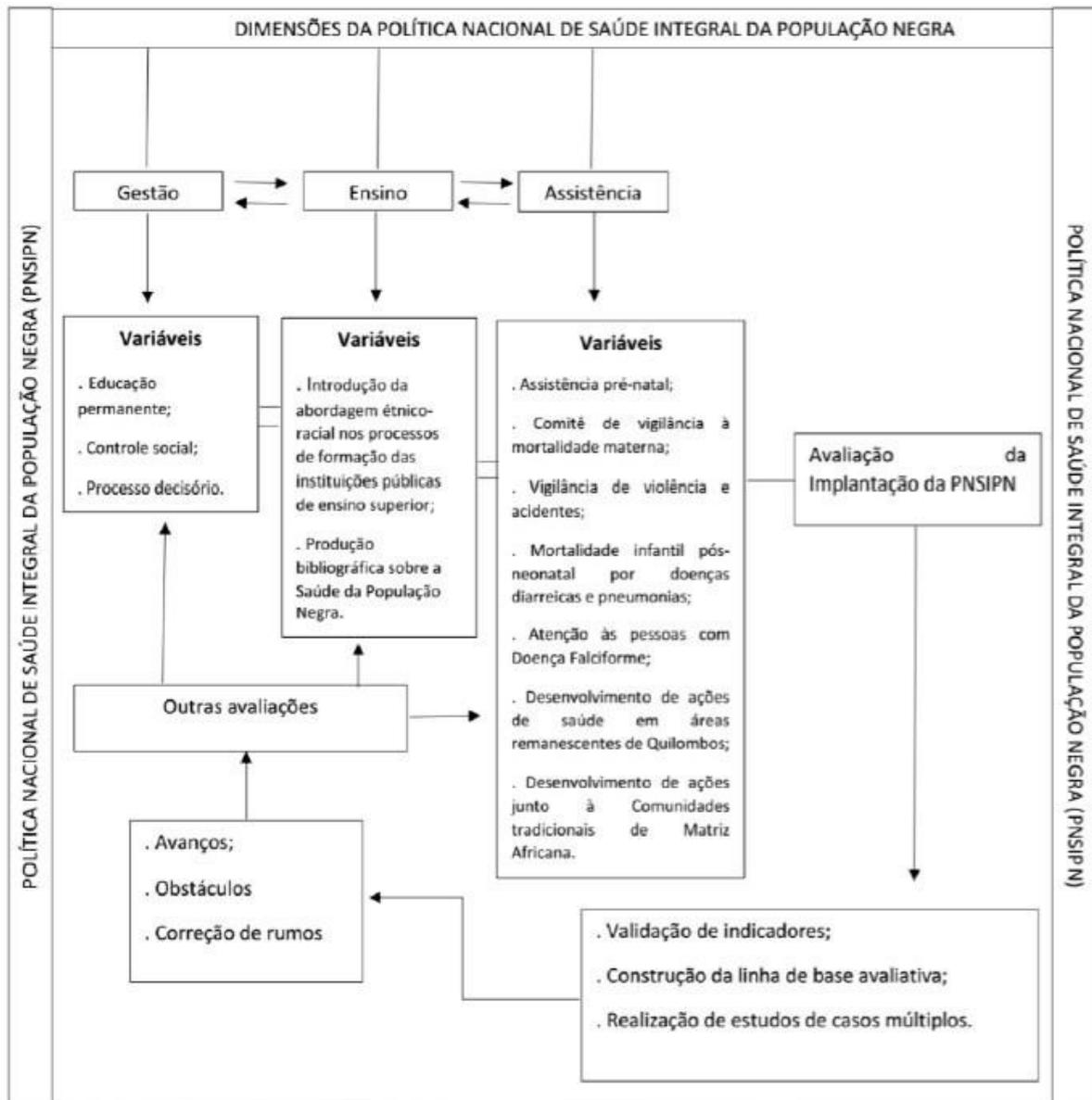
Trata-se de uma pesquisa avaliativa, realizada através de estudo de caso único, com abordagem qualitativa. Foram selecionados os municípios de Aracaju, Laranjeiras, Lagarto e São Cristóvão, como unidades de análise, por serem habilitados na gestão municipal da saúde. Participaram da pesquisa gestores (secretário municipal de saúde e coordenadores dos diferentes programas da atenção básica); trabalhadores de saúde (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde (ACS)) e equipe multidisciplinar, tanto dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) moradores de comunidades remanescentes de quilombos e de comunidades tradicionais de matriz africana. A coleta foi realizada entre os meses de outubro e novembro de 2017.

Utilizamos a entrevista semiestruturada como técnica de coleta de dados. Foram entrevistados 24 indivíduos, sendo: 08 gestores, 07 trabalhadores de saúde, 05 residentes de comunidades quilombolas e 04 membros de comunidades tradicionais de matriz africana.

Desse total, 15 eram do sexo feminino e 09 do sexo masculino. Em relação ao quesito raça/cor, 13 se autodeclararam como pardos, 6 como brancos, 4 como pretos e 1 como amarelo. No que se refere a faixa etária houve variação entre 27 e 59 anos. No que tange a escolaridade, 54,2% possuem pós-graduação completa, 12,5% ensino superior completo, 8,3% ensino superior incompleto, 12,5% ensino médio completo, 4,2% ensino médio incompleto e 8,3% não informaram. Também foi realizada análise documental do Plano Estadual de Saúde de Sergipe (2016-2019) e do Plano Sergipano De Educação Permanente Em Saúde (2019 -2022) em busca das divergências e convergências com as falas dos entrevistados.

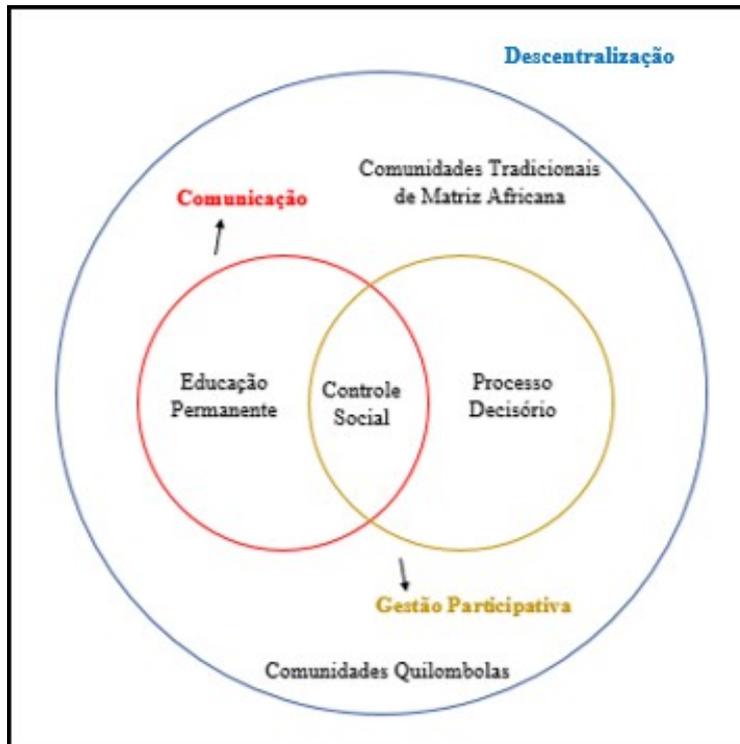
A análise de dados foi realizada através da Análise Temática de Conteúdo proposta por Bardin (2011), a qual constituiu-se em três etapas: a primeira diz respeito a pré-análise; a segunda, incide na exploração do material; e, a terceira, refere-se ao tratamento e interpretação dos resultados obtidos.

**Figura 1 A - Modelo lógico para avaliação da implantação da PNSIPN proposto por Santos e Silva, 2017.**



Utilizamos o modelo lógico (Figura 1) proposto por Santos e Silva (2017), o qual apresenta três dimensões para avaliação da PNSIPN, sendo eles: gestão; assistência (acesso às ações e serviços de saúde) e; ensino (englobando aqui a pesquisa), entretanto, só consideraremos, para este estudo, as duas primeiras dimensões focando sobretudo nos aspectos fundamentais do modelo organizacional proposto por Denis e Champagne (1997): descentralização, comunicação e gestão participativa (Figura 2).

**Figura 2 A – Modelo de Análise baseado no modelo do Desenvolvimento Organizacional de Denis e Champagne (1997).**

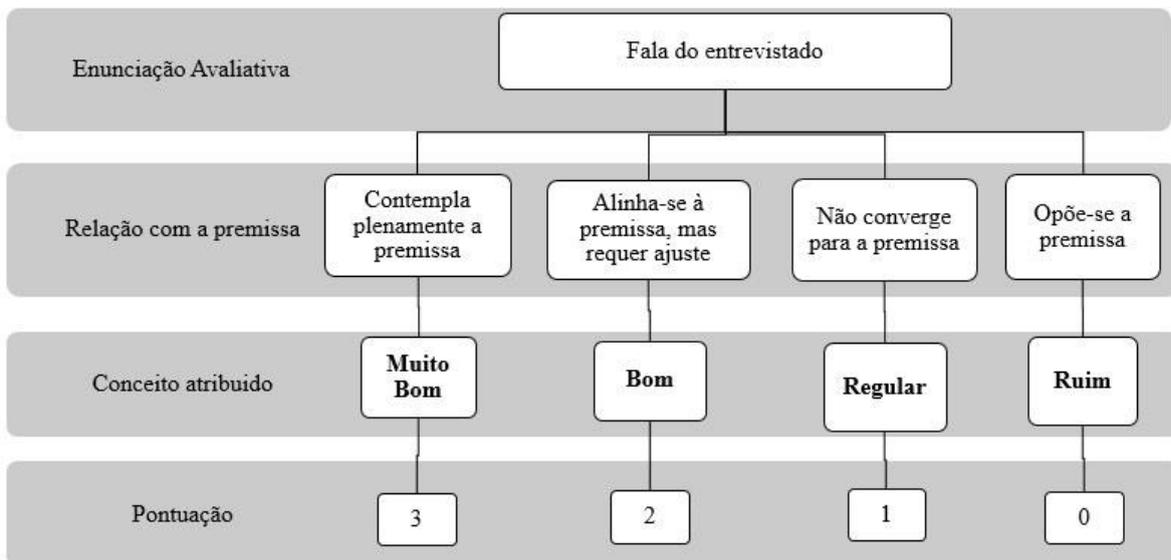


Fonte: Autoria própria

O modelo do desenvolvimento organizacional sugere que um contexto favorável à implantação se caracteriza pela presença de um estilo participativo de gestão, de uma descentralização dos processos de decisão nos programas de enriquecimento das tarefas e de mecanismos que favorecem uma boa comunicação na organização (FULLAN, 1971; BERMAN, 1980; GEIS, 1985; HERMAN-TAYLOR, 1985; GOODMAN & KURKE, 1982 apud DENIS, CHAMPAGNE, 1997). Para tanto fizemos referência as Teorias Organizacionais.

Na discussão, utilizamos como resultados da avaliação um modelo desenvolvido por Santos (2014), onde ele criou quatro conceitos: Muito bom; bom; regular ou ruim. Em seguida foi atribuído um conceito a cada item levando em consideração as enunciações avaliativas e do modelo de avaliação assumidos no estudo. Assim, os conceitos da avaliação foram selecionados com base no maior ou menor alcance da premissa em questão.

Nas enunciações em que a premissa foi plenamente contemplada, atribuiu-se o conceito “Muito bom” e naquelas em que as falas estavam alinhadas à premissa, mas indicavam situações que podem ser melhoradas, o conceito foi “Bom”. Sinalizou-se como “Regular” as enunciações que não convergiram para o alcance da premissa e quando as falas se opuseram ao estabelecido na premissa, registrou-se como “Ruim” (SANTOS, 2014).



**Figura 3 A- Critérios para atribuição dos conceitos às enunciações avaliativas, neste estudo de caso. Adaptado de Santos (2014)**

Na sequência, utilizamos ainda o cálculo proposto por Santos (2014), onde calculamos a média aritmética a fim de gerar o conceito global de cada variável discutida (Resultado v) e de cada dimensão de análise, utilizando as faixas de pontuação como base para atribuição dos conceitos consolidados.

No que concerne ao posicionamento ético dos pesquisadores, o presente estudo foi orientado pelas Diretrizes dispostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no cenário brasileiro (BRASIL, 2012). Essa pesquisa é um recorte de um projeto maior intitulado “Avaliação da Atenção à Saúde da População Negra e a Interseção do Racismo sobre as Práticas de Cuidado em Estados do Nordeste e do Sudeste brasileiro”, o qual foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS e contou com o financiamento do CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SGEP/DAGEP pela portaria nº 21/2014, conforme parecer 1.423.346. Atendemos as exigências éticas da Resolução 466/2012, assegurando o sigilo das informações consideradas confidenciais.

O anonimato dos participantes foi preservado, uma vez que não foram utilizados seus nomes nos resultados da referida pesquisa, assim como a sua vinculação à instituição. Para fins didáticos empregamos códigos como identificação: G1, G2 (...), para os gestores, T1, T2,

(...) para os trabalhadores e CQ1, CQ2, (...) para os residentes em comunidades quilombolas e CMA1, CMA2 (...) para os membros de comunidades de matriz africana.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Neste estudo avaliaremos a dimensão da gestão da PNSIPN considerando as variáveis: Educação Permanente, Controle Social e Processo decisório; e na dimensão do acesso aos serviços de saúde dessa mesma política avaliaremos as variáveis: desenvolvimento de ações em áreas remanescentes de quilombos e desenvolvimento de ações junto a comunidades tradicionais de matriz africana. Para fins de discussão separamos os resultados em dois tópicos: Dimensão da Gestão e Dimensão do Acesso aos serviços de saúde

#### **3.1 DIMENSÃO DA GESTÃO**

Esta dimensão, composta por duas variáveis e três temas centrais, abrange informações sobre a Comunicação e a Gestão Participativa, incluindo temas relacionados a Educação Permanente, Controle Social e Processo Decisório, conforme o modelo avaliativo adotado para o estudo.

A primeira Diretriz da PNSIPN designa “a 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”. Monteiro (2012), reforça que a Educação Permanente em Saúde parte das necessidades detectadas no processo de trabalho e valoriza os saberes produzidos nas relações de trabalho e reconhece que esse é um dos aspectos centrais para a efetiva mudança nas práticas em saúde.

A Educação Permanente, enquanto política de saúde estratégica para a implantação do SUS, deve ser articulada sobre várias frentes, incidindo sobre a formação dos profissionais nas instituições de ensino; sobre a qualificação dos trabalhadores nos serviços de saúde; capacitando gestores, dotando-os de novos modos de organizar a gestão dos serviços de saúde e as redes assistenciais; e, por fim, articulando o controle social, para que esse segmento também possa ser qualificado na sua atuação junto ao delineamento e acompanhamento das políticas de saúde (FUNESA, 2011).

Apesar da PNSIPN ter completado 13 anos, percebemos que ela precisa ser efetivada dentro do SUS, visto que os próprios gestores e profissionais de saúde, ainda a desconhecem

e/ou até mesmo não compreendem a real importância e necessidade da sua implantação.

Abaixo algumas falas dos outros entrevistados onde fica notório o total desconhecimento:

[...] eu não tenho esse conhecimento (G2)

[...] eu não tenho certeza do meu conhecimento. [...] assim eu tenho poucos conhecimentos de alguns direitos da população negra. (G4)

[...] eu não tenho conhecimento, porque até onde eu estou nunca chegou nada com relação a isso. (G7)

[...] para mim não tem isso para saúde do negro não. Eu na verdade nunca ouvi falar isso. (T1)

No Quadro 1 destacamos enunciações avaliativas dos entrevistados acerca da educação permanente sobre a PNSIPN. É evidente a necessidade de investimento tanto para gestores quanto para profissionais da saúde, pois ao serem questionados sobre a Política de Saúde da População Negra, apenas os Gestores 1, 3 e 6 e o Trabalhador 2, possuíam conhecimento sobre essa temática.

Ao analisarmos o Plano Estadual de Saúde de Sergipe (2016-2019), verificamos que o mesmo sinaliza sobre a Política de Educação Permanente em Saúde, ilustrando que a mesma tem buscado a consolidação de processos de formação que dialoguem com o cotidiano de trabalho e produzam interferências nas práticas de saúde. O desenvolvimento das ações de Educação Permanente traz, em sua concepção, a produção de mudanças nos processos de trabalho e práticas de saúde existentes, a partir da problematização, reflexão e análise do cotidiano, possibilitando aos sujeitos a construção de uma visão crítica, capaz de transformar o contexto onde estão inseridos.

Entretanto, é perceptível pelas enunciações avaliativas (Quadro 1) que há uma divergência entre o que preconiza o PESS (2016-2019), visto que os entrevistados, entendem que é fundamental investir na educação permanente acerca da população negra, sendo evidenciada a necessidade de aprofundamento do conhecimento sobre essa temática, bem como a presença de expertises a fim de possibilitar uma formação adequada e instigar o interesse por parte dos profissionais e usuários dos serviços de saúde.

**Quadro 1 A - Descrições, termos avaliativos e resultados da avaliação pertinentes à dimensão da gestão e associados ao tema central “Educação Permanente”, segundo o ator.**

**Variável: Comunicação**

**Tema Central: Educação Permanente**

**Premissa: O investimento permanente na capacitação dos trabalhadores de saúde amplia as**

condições favoráveis para a execução das ações de saúde voltadas para a saúde da população negra, o que agrega valor para a implantação da política de saúde da população negra.			
<i>Ator</i>	<i>Como é descrito</i>	<i>Termos Avaliativos</i>	<i>Resultado da Avaliação</i>
<b>G1</b>	A gente está precisando provavelmente de mais expertise, de mais conhecimento acumulado, para que sirva de instrumento para nossa educação permanente	Necessidade de mais conhecimento e expertises	Ruim (0)
<b>G6</b>	As vezes a gente tem dificuldade em executar algumas ações, mais por parte dos próprios profissionais que a gente vê que tem que ter disposição [...] infelizmente existem profissionais que não se dedicam como deveriam em determinadas ações, enfim.	Dificuldade de executar ações por parte dos profissionais e falta de dedicação	Ruim (0)

Fonte: Adaptado de Santos e Melo (2012).

O trabalhador 2 sinaliza que *“uma política voltada para o atendimento de uma população ou de um grupo que está numa situação de vulnerabilidade ela deve atuar de forma a permitir que o próprio grupo se perceba enquanto grupo vulnerável”*. Essa fala, remete ao que Centeno, Meyer e Andrade (2018) elucidam sobre sujeitos que não se sentem interpelados pelo que a política apresenta ou porque ela não os inclui de certa forma. A PNSIPN surge por existir uma representação de negro/a vulnerável que vive em situações precárias, mas pensando também que mesmo aquele sujeito que não se identifica com essa posição dentro da política também é um sujeito socialmente vulnerável em função da sua raça/cor e gênero.

Ao ignorar as relações étnico raciais que constituem a sociedade, estão intrinsicamente forjando as relações no processo de trabalho, ou seja, desconhecem que o racismo se produz e reproduz no interior do fazer saúde. Dessa maneira, há a necessidade que os núcleos e grupos técnicos de Educação Permanente se configurarem como espaço coletivo possibilitando ampliar as discussões sobre as relações raciais, racismo institucional, preconceito, estigma, estereótipos, violação de direitos, discriminação (MONTEIRO, 2010).

Dessa forma, devem ser estimuladas ações que visem à inserção da temática nos processos de formação e educação permanente dos profissionais de saúde, reforçando a reorientação das estratégias de cuidado e de educação nessa área a partir do reconhecimento dos “[...] saberes e práticas populares de saúde, incorporando inclusive aqueles preservados pela população negra e pelas religiões de matrizes africanas” (RIZZO, FONSECA, 2019, p. 898).

Diante do exposto, ao avaliarmos o tema central “Educação Permanente”, observamos que o mesmo se opõe a premissa proposta, predominando o conceito “ruim”.

Tratando-se ainda da variável Comunicação, abordaremos agora o tema central intitulado Controle Social (Quadro 2). Nas últimas décadas, surgiram e cresceram no Brasil várias organizações e movimentos sociais que têm atuado como formuladores de propostas e como grupos de pressão e controle. Dentre eles estão os movimentos de mulheres e os movimentos negro, que trabalham articulando seus interesses aos interesses e direitos de cidadania de toda a sociedade brasileira.

Essa série de movimentos sociais que motivaram a criação da PNSIPN só foi possível devido a transformação dos sujeitos coletivos em atores sociais no contexto da ação estratégica, através da problematização das relações sociais e reivindicação dos espaços de poder e luta por mudanças sociais (BATISTA, 2017). Um desses espaços são os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) que são instâncias colegiadas e deliberativas ligadas à estrutura do SUS.

Os CMS representam espaços participativos nos quais emerge uma nova cultura política, configurando-se como uma prática na qual se faz presente o diálogo, a contestação e a negociação a favor da democracia e da cidadania entre usuários, gestores, prestadores de serviço e trabalhadores de saúde. Dessa forma, precisam apresentar transparência entre os distintos grupos que os constituem, reforçando a necessidade de interatividade entre esses segmentos (BRASIL, 2006).

A própria PNSIPN traz em suas diretrizes gerais, a necessidade de 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.

Ao analisar as enunciações avaliativas, percebemos que há uma divergência em algumas falas dos entrevistados, pois enquanto o entrevistado CQ3 percebe que mesmo em pequena proporção, a população está reivindicando seus direitos, o entrevistado G6 sinaliza que há um desconhecimento da política pela própria população.

**Quadro 2 A - Descrições, termos avaliativos e resultados da avaliação pertinentes à dimensão da gestão e associados ao tema central “Controle Social”, segundo o ator.**

<b>Variável: Comunicação</b>			
<b>Tema Central: Controle Social</b>			
<b>Premissa:</b> Uma sociedade organizada apresenta capacidade de influenciar nas políticas públicas, através de propostas, definição de prioridades e elaborando planos de ações é um requisito desejável para que se alcance a equidade que se traduz em um dos objetivos da PNSIPN.			
<i>Ator</i>	<i>Como é descrito</i>	<i>Termos</i>	<i>Resultado da</i>

		<i>Avaliativos</i>	<i>Avaliação</i>
<b>G1</b>	Acho que a maior facilidade que existe é o diálogo com o movimento civil, através de algumas instituições, relacionadas por exemplo ao público LGBT, voltadas à população em situação de rua	Facilidade do diálogo com o movimento civil	Muito Bom (3)
<b>G6</b>	Poucas pessoas, uma parte da população não conhecem [a política] ou os próprios profissionais mesmo não conhecem e podem até desenvolver ações, sem saber o que é a política, o que ela traz, o que ela aborda.	Desconhecimento da política pela população e pelos profissionais.	Ruim (0)
<b>CQ3</b>	Eu acho que o povo, não é? o povo está mais atento, estão reivindicando mais das autoridades [...] por mais que ainda estejam meio acomodados, tem uma parte que já está mais alerta, estão reivindicando mais.	População reivindicando mais das autoridades	Muito Bom (3)
<b>CMA2</b>	Que fosse cumprido realmente as diretrizes da Política da População Negra, por exemplo, nós sabemos que temos o direito de ter um representante afro dentro do Conselho, dentro das coisas, mas às vezes fazem as coisas e não querem nossa presença, não é?	Ausência de representação no Conselho	Ruim (0)

Fonte: Adaptado de Santos e Melo (2012).

O entrevistado CMA2 sinaliza uma questão importante que apesar de ser instituído o direito da representação afrodescendente dentro do Conselho de Saúde, é perceptível que os outros participantes não querem a presença deste nesse espaço. O que se contrapõe com o que é proposto pela PNSIPN, a qual determina a gestão compartilhada e participação social na sua construção e implementação, buscando estabelecer uma rede de diálogo, inclusive com os conselhos de saúde e movimentos sociais que possibilite o protagonismo da população negra (BRASIL, 2018).

Após essa análise, ao avaliarmos o tema central “Controle Social”, observamos que o mesmo não converge plenamente com a premissa proposta, predominando o conceito “regular”.

Elucidaremos a seguir sobre a variável Gestão Participativa abordando o tema central processo decisório. O processo decisório pode ser definido como um conjunto de processos políticos que levam à formulação e à implementação das ações práticas e promovem a efetivação da política proposta. Ele não é ordenado com início, meio e fim definidos, mas um caminho complexo, onde evidencia que soluções para um grupo podem representar problemas para outro, visto que é o resultado de um complexo de decisões com base em

análises técnicas e escolhas racionais individuais e considerações subjetivas. (WENDHAUSEN; CARDOSO, 2007).

No quadro 3 é possível identificar na fala do G1 que o sistema de saúde local ainda é centrado apenas no profissional médico e, que em sua maioria são profissionais brancos, visto que essa categoria profissional ainda é majoritariamente branca e elitizada.

Dessa forma, é evidenciada mais uma característica do modelo burocrático proposto por Weber, onde quem toma as decisões em qualquer situação é aquele que possui a mais elevada categoria hierárquica, independentemente do seu conhecimento sobre o assunto, o que é evidente no quadro 3.

**Quadro 3 - Descrições, termos avaliativos e resultados da avaliação pertinentes à dimensão da gestão e associados ao tema central “Processo decisório”, segundo o ator.**

<b>Variável: Gestão Participativa</b>			
<b>Tema Central: Processo decisório</b>			
<b>Premissa:</b> O conjunto de processos políticos que levam à formulação e à implementação das ações práticas vão possibilitar a efetivação da PNSIPN.			
<i>Ator</i>	<i>Como é descrito</i>	<i>Termos Avaliativos</i>	<i>Resultado da Avaliação</i>
<b>G1</b>	[...] De certa forma nosso sistema de saúde ainda tem um caráter biomédico muito forte, é muito centrado no profissional médico e como as políticas de inclusão nas universidades não são tão antigas, a grande maioria dos profissionais médicos é branca, então talvez essa seja uma dificuldade grande para a gente trazer esse debate para dentro.	Centrado no profissional médico	Ruim (0)
<b>T1</b>	O que tem facilitado pelo menos a discussão é a facilidade que a gente tem aqui em Sergipe de fazer as articulações, de instituir espaços de diálogos por exemplo, mas ainda sem uma efetividade concreta.	Facilidade em instituir espaços de diálogo, porém sem efetividade concreta	Regular (1)
<b>CMA1</b>	O problema é que tem a Política, mas não está sendo realmente efetivada dentro do espaço que deve ser.	Falta de efetivação da Política	Ruim (0)

Fonte: Adaptado de Santos e Melo (2012).

O modelo burocrático proposto por Weber, como achado predominante neste estudo, reflete a racionalidade administrativa, assim como, legitima a dominação de classes (SOLIGO, ESTRADA 2019), quando enfatiza a meritocracia dissociada das desigualdades sociais, o que contribui para perpetuar a exclusão da população negra ao acesso nos serviços de saúde.

Como bem explicita Alves (2017) em uma entrevista concedida por Chalhoub (2017) ao Jornal da Universidade de Campinas (UNICAMP), a meritocracia considerada como valor universal, fora das condições sociais e históricas que marcam a sociedade brasileira, ainda é um mito que serve à reprodução infinita das desigualdades sociais e raciais que caracterizam a nossa sociedade. Esse mito precisa ser combatido tanto na teoria quanto na prática.

A fala do entrevistado T7 corrobora com o entrevistado G1 e ainda evidencia a meritocracia, outra característica desse modelo burocrático que perdura em diversos setores, inclusive na saúde e educação:

“Eu acho que nós buscamos tanto a igualdade, igualdade sempre, separa tanto que eu vejo uma discriminação aí. Porque eu enquanto negra, parda ou branca, posso ter a mesma possibilidade de estudos e capacidades como também posso ter as dificuldades. Eu acredito que as dificuldades são as mesmas para pretos e brancos, todos enfrentam as mesmas dificuldades de acesso (T7).

Percebemos com a fala do entrevistado T7 que o mesmo não consegue identificar que as dificuldades vivenciadas por negros e brancos em relação a acesso seja na educação e/ou nos serviços de saúde são completamente distintas e que isso é marcado pelas desigualdades sociais e raciais que permeiam a nossa sociedade, semeando a crença que todos possuem as mesmas facilidades e dificuldades.

Um aspecto importante das ações afirmativas refere-se à criação de estímulos à formação de sujeitos pertencentes aos grupos discriminados nas profissões da área de saúde e, de medidas que permitam sua ascensão funcional aos mais altos cargos de tomada de decisão, além de requisitar a adoção de atitudes que estimulem, reforcem e garantam a permanência desses profissionais nos territórios de origem ou naqueles com maior necessidade, incluindo modelos apropriados e sustentáveis de gestão pública dos serviços e do sistema (WERNECK, 2016).

Ao avaliarmos o Tema Central “Processo decisório”, destacamos como resultado que o mesmo se opõe a premissa proposta predominando o conceito ruim.

### 3.2 DIMENSÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Esta dimensão, composta por uma variável e dois temas centrais, abrange a categoria da Descentralização, conforme o modelo organizacional, que incorpora temas relacionados ao desenvolvimento de ações de saúde em áreas remanescentes de Quilombos e, o desenvolvimento de ações de saúde junto a Comunidades Tradicionais de Matriz Africana.

O conceito de comunidades remanescentes de quilombos do Governo Federal, que é utilizado pelos Ministérios e pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária, por meio da Instrução Normativa Nº 16, de 24 de março de 2004 que diz em seu artigo terceiro e quarto: “Consideram-se remanescentes das comunidades dos quilombos, os grupos étnico raciais, segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida” (CARDOSO, 2010).

Em relação as enfermidades que acometem essa população, a doença falciforme e a hipertensão arterial têm sido registradas com frequência nos dados coletados junto às comunidades quilombolas. Evidentemente que, a ausência de água tratada e a falta de condições sanitárias ideais, têm provocado o relato substancial de surtos de diarreia e doenças dermatológicas entre grande quantidade das populações remanescentes de quilombos. A grande problemática está em oferecer saúde integral combinada com a manutenção das crenças e tradições destes grupos. Cabe aqui ressaltar que, muitos povos quilombolas, utilizam de práticas alternativas e do uso de plantas consideradas por eles como medicinais (OLIVEIRA, 2005).

Abaixo a fala de um dos entrevistados no que tange as condições sanitárias inadequadas:

Nós não temos água potável aqui, a água que a gente usa aqui não é adequada para o consumo, para beber e para cozinhar, essas coisas, até para o próprio banho. Aqui na comunidade não temos água encanada e potável mesmo, as águas vêm de poços assim que vem de Deus e fica assim atoa (CQ2).

**Quadro 4 – Descrições, termos avaliativos e resultados da avaliação pertinentes à dimensão do acesso aos serviços de saúde e associados ao tema central “Desenvolvimento de ações de saúde em áreas remanescentes de Quilombos”, segundo o ator.**

<b>Variável: Descentralização</b>			
<b>Tema Central: Desenvolvimento de ações de saúde em áreas remanescentes de Quilombos</b>			
<b>Premissa:</b> O desenvolvimento de ações de saúde junto às Comunidades Remanescentes de Quilombos, através da ESF, garante o acesso de populações vulneráveis e historicamente excluídas o que revela o grau de implantação da PNSIPN.			
<i>Ator</i>	<i>Como é descrito</i>	<i>Termos Avaliativos</i>	<i>Resultado da Avaliação</i>
<b>T2</b>	A população negra estar no comitê, mas nós temos um olhar específico para os grupos quilombolas, o pessoal do terreiro	Olhar específico para os quilombolas	Muito Bom (3)
<b>CQ1</b>	Muita dificuldade para marcação de exames que eu vejo no dia a dia.	Dificuldade para marcação de exames	Ruim (0)
<b>CQ3</b>	Muitos procuram o posto e são direcionados para um hospital se for preciso e quem tem e pode vai fazer sua consulta no particular, vai procurar um	Direcionamento para outro serviço	Ruim (0)

	médico particular		
<b>CQ4</b>	Eles vem até aqui tem um posto aqui na comunidade e aqui eles tem acompanhamento e quando aqui não tem a medicação apropriada para eles, o próprio setor é encaminhado até a cidade de Lagarto para buscar as melhorias e tentar se recuperar, ficar bom.	Encaminhamento para outro serviço de referência (regulação)	Bom (2)

Fonte: Adaptado de Santos e Melo (2012).

De acordo com Donabedian (2003), o conceito de acessibilidade refere-se à facilidade com que as pessoas obtêm assistência à saúde. A acessibilidade depende de fatores sócio organizacionais e geográficos que se relacionam. O autor ainda cita os fatores sociais e culturais e as preferências étnicas e religiosas como importantes para a acessibilidade e, embora enfatize fatores geográficos e organizacionais, considera a acessibilidade como um importante fator da aceitabilidade social para a assistência.

Percebe-se, portanto que há muito por debater e avançar neste caminho. Ainda existe uma disparidade na atenção à saúde no Brasil que vai desde o tratamento de água potável e outros serviços básicos que podem comprometer a saúde dos indivíduos. É imprescindível o envolvimento da sociedade e de profissionais, para que haja uma aproximação entre esses grupos e uma alteração desta realidade causada ainda por um passado triste que causa a exclusão dos processos de desenvolvimento.

Após essa análise, ao avaliarmos o tema central “Desenvolvimento de ações de saúde a remanescentes de Quilombos”, observamos que o mesmo não converge plenamente com a premissa proposta, predominando o conceito “regular”.

As comunidades tradicionais de matriz africana constituem espaços próprios de resistência e sobrevivência, que possibilitaram a preservação e recriação de valores civilizatórios, de conhecimentos e da cosmovisão trazidos pelo povo africano quando transplantados para o Brasil. Caracterizam-se pelo respeito a tradição e as bens naturais, o uso do espaço para a reprodução social, cultural e espiritual da comunidade; e a aplicação de saberes tradicionais transmitidos através da oralidade (SEPPPIR, 2013).

Os terreiros das religiões afro-brasileiras são considerados como territórios que abrigam conhecimentos e práticas ancestrais, que atendem a um conjunto de diferentes grupos sociais que buscam tratamento para suas doenças físicas, psíquicas e espirituais. O diálogo, tanto os gestores e profissionais de saúde pode possibilitar a ampliação dos espaços de atenção à saúde. Os terreiros podem incluir no exercício de suas terapêuticas, o apoio aos serviços públicos de saúde, por meio da educação em saúde (informações a respeito das

doenças que afetam de forma mais pontual a população afrodescendente, seja por fatores genéticos ou sociais, a pobreza e o racismo) (LAGES, 2012).

**Quadro 5 - Descrições, termos avaliativos e resultados da avaliação pertinentes à dimensão do acesso aos serviços de saúde e associados ao tema central “Desenvolvimento de ações de saúde junto a Comunidades Tradicionais de Matriz Africana”, segundo o ator.**

<b>Variável: Descentralização</b>			
<b>Tema Central: Desenvolvimento de ações de saúde junto a Comunidades Tradicionais de Matriz Africana</b>			
<b>Premissa: O desenvolvimento de ações de saúde junto às Comunidades Tradicionais de Matriz Africana permite a troca de saberes entre a biomedicina e a medicina tradicional africana, além de garantir o desenvolvimento de ações de promoção à saúde das populações vulneráveis e historicamente excluídas, o que agrega valor à implantação da PNSIPN.</b>			
<i>Ator</i>	<i>Como é descrito</i>	<i>Termos Avaliativos</i>	<i>Resultado da Avaliação</i>
<b>G1</b>	Essa Coordenação de Promoção da Saúde faz diversas ações [...] os relatos que eu tenho é que eles atuam nas Religiões de Matriz Africana, eles têm um trabalho com relação a coletar quais seriam as principais necessidades de saúde e tentar colocar o nosso sistema a serviço dessas necessidades, para atender essas necessidades.	Identificar as principais necessidades a fim de resolvê-las.	Muito Bom (3)
<b>CMA2</b>	Como nossos terreiros aqui tem uma parceria boa com a Unidade de Saúde da Família da nossa área nós sempre somos bem recebidos, mas eu tenho vários filhos de santo com casas abertas em outra área que às vezes nem tem atendimento.	Bom atendimento em algumas casas de terreiros enquanto em outras não há atendimento	Regular (1)
<b>CMA3</b>	Acho que a grande problemática em tratar com essas comunidades, ou pessoas ligadas a religiões de matriz africana, é fortemente o preconceito contra essas religiões [...] enfim há grande dificuldade no trato com a saúde pública principalmente com agentes de saúde pública, com posto de saúde mais próximo que as vezes não quer atender.	Preconceito devido a religião	Ruim (0)
<b>CMA4</b>	Se a gente estiver doente e for paramentado eles evitam tocar, evitam chegar perto, olham diferente.	Preconceito contra a paramentação religiosa	Ruim (0)

Fonte: Adaptado de Santos e Melo (2012).

A organização do trabalho e o gerenciamento no setor saúde sofre até hoje, forte influência do modelo taylorista/ fordista, da administração clássica e do modelo burocrático. A Teoria Burocrática de Max Weber identifica certas características da organização formal voltada exclusivamente para a racionalidade e para a eficiência. As regras e normas técnicas

regulam a conduta do ocupante de cada cargo, cujas atividades são executadas de acordo com as rotinas em procedimentos (SOGLIO, ESTRADA, 2019).

Diante da fala do entrevistado CMA4, percebemos aqui mais uma característica do modelo burocrático, onde os profissionais estão habituados a rotinas e procedimentos engessados e de forma padronizada que não conseguem atentar para as particularidades de cada indivíduo, acrescido a isso ainda se têm a forte presença da intolerância religiosa.

Em um estudo realizado por Silva (2007), percebeu-se que desde o início há um desconforto na aproximação do SUS e os terreiros, tendo como foco o desconhecimento por parte dos profissionais sobre essa tradição religiosa, o preconceito e a ideia de que as religiões afro-brasileiras praticam o mal. Isso foi comprovado em várias capacitações, principalmente com as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) que não entram nos terreiros para realizar visitas de rotina, pois tinham medo ou receio que algo acontecesse. Os terreiros por sua vez reclamavam que o PSF não os atendia e com isso não cumpria o que estava garantido por lei, na Constituição: o direito humano à saúde. Outro desafio é combater a intolerância religiosa, uma vez que grande parte das equipes de saúde é formada por pessoas de outras religiões (católicos e evangélicos), que muitas das vezes dificultam o acesso dos das Comunidades Tradicionais de Matriz Africana aos serviços oferecidos pelo SUS.

Pelas enunciações avaliativas dos entrevistados CMA3 e CMA4, há diferença no atendimento devido a religião e a paramentação. Abaixo o recorte de uma fala de outro entrevistado que também remete ao racismo e a questão religiosa:

Aí está lá o branco bem bonitão e está o negro com o cabelo arrepiado para cima com uma conta ainda no pescoço, é claro que quem vai ser atendido é quem está sem a conta no pescoço (CMA1)

Nessa busca pelas zonas de contato, as unidades básicas de saúde e centros de saúde podem se abrir para o conhecimento acerca das terapêuticas realizadas no terreiro de forma a superar os preconceitos com relação às religiosidades afro-brasileiras. Isso se torna uma ação afirmativa de combate ao preconceito cultural, assim como inclui tais religiosidades nos debates sobre a saúde junto à comunidade do entorno, o que mobiliza a participação e controle social da saúde. Esse diálogo se justifica pela necessidade de o SUS ampliar sua atuação em prol da promoção da saúde que atinge de forma mais específica a população negra como a anemia falciforme, DSTs, a hanseníase, tuberculose e hepatite viral (LAGES, 2012).

Após essa análise, ao avaliarmos o tema central “Desenvolvimento de ações de saúde junto a Comunidades Tradicionais de Matriz Africana”, observamos que o mesmo converge em parte com a premissa proposta, predominando o conceito “regular”.

Ao avaliarmos por dimensão, a dimensão da gestão (composta pelas variáveis Comunicação e Gestão participativa), obteve o conceito “ruim” em ambas as variáveis. Enquanto a dimensão do acesso apresentou o conceito “regular” para ambas as variáveis. Isso ressalta a fragilidade no acesso da população negra aos serviços de saúde, justificado pelas limitações na dimensão da gestão a qual apresenta falhas no que concerne à educação permanente, a representação negra no controle social e no processo decisório.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o modelo avaliativo adotado para esta pesquisa, um contexto favorável a implantação de uma intervenção (que nesse caso é a PNSIPN) depende de um estilo participativo de gestão, de uma descentralização dos processos de decisão e de mecanismos que favorecem uma boa comunicação na organização.

Diante da avaliação realizada identificamos a predominância do Modelo Burocrático dentro das organizações de saúde presentes neste estudo. Esses serviços ainda estão centrados em paradigmas burocráticos de gerenciamento, apresentando características da teoria burocrática de Weber, tais como: despersonalização do relacionamento entre profissionais e usuários, o que dificulta a comunicação, resistência as mudanças, processo decisório hierarquizado, normas e rotinas padronizadas, além da valorização da meritocracia.

No que tange a implantação da PNSIPN no estado de Sergipe, percebe-se que a mesma ainda não se encontra implantada, havendo a necessidade de que a Secretaria Estadual e as Secretarias Municipais de Saúde, desenvolvam estratégias e ações a fim de qualificar os profissionais de saúde acerca da PNSIPN, bem como a divulgação da mesma para os profissionais e usuários do SUS, a fim combater o racismo institucional que se faz presente dificultando o acesso da população negra aos serviços de saúde.

Quanto às limitações do estudo, salienta-se a não observação *in loco* e ausência da avaliação da dimensão ensino e pesquisa. O modelo proposto também possibilitou apenas a avaliação do modelo organizacional, sendo necessário talvez a incorporação de outros modelos de avaliação a fim de abarcar outros pontos não evidenciados nesta pesquisa.

É importante destacar a necessidade de pesquisas subsequentes tratando-se dessa temática como instrumento aliado a gestão em outros estados não só do Nordeste, mas de

todas as regiões do Brasil, pois a PNSIPN apresenta-se implantada ou parcialmente implantada em poucos municípios brasileiros. No que diz respeito ao estado de Sergipe, de acordo com a análise dos achados, existe um caminho longo a percorrer para a implantação efetiva da política estudada. Esse caminho a ser trilhado pode ser vencido na medida em que for potencializado o controle social, que neste estudo obteve um conceito regular.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, M. V. R. ; TEIXEIRA, C. F. As organizações do movimento negro e o processo de implementação da Política de Saúde Integral da População Negra (2006-2014). In: Carmen Fontes Teixeira. (Org.). Observatório de Análise Política em Saúde: abordagens, objetos e investigações. 1ed.Salvador-Bahia: Editora da Universidade Federal da Bahia, 2016, v. único, p. 187-225.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia de implementação do quesito Raça/Cor/Etnia / Ministério da Saúde, Universidade de Brasília. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 38 p. : il.

GOMES, I.C.R.; DAMASCENO, R.O.; NERY, A.A.; VILELA, A.B.A. Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra. Rev. baiana enferm. 2017.

CARDOSO, L. F. C. Sobre imagens e quilombos: notas a respeito da construção da percepção acerca das comunidades quilombolas. Revista Estudo, Pesquisa e Educação. 2010; 12(1): 11-20.

DONABEDIAN, A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University, 2003.

LEITE, D. et al., Racismo, Saúde e Comunidades Remanescentes de Quilombos: Reflexões da Fisioterapia. Revista Conexões de Saberes. V.1, n.1, out. 2016. ISSN 2447-097X. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/conexoesdesaberes/article/view/3915/3893>

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da União, 2012.

CENTENO, S.R.; MEYER, D.E.E.; ANDRADE, S.S. Representações de sujeito negro/a na política nacional de saúde integral da população negra: uma análise cultural. Textura, v.20, n.42, jan/abr. 2018.

CHAMPAGNE, F; DENIS, J. Análise da Implantação. In: HARTZ, ZMA., org. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676- 36-1.

THEOPHILO, R.L., RATTNER, D., PEREIRA, E.L. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11):3505-3516, 2018

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

SILVA, J.M. Religiões e Saúde: a experiência da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde. *Saúde Soc. São Paulo*, v.16, n.2, p.171-177, 2007

LAGES, S.R.C. Saúde da população negra: A religiosidade afro-brasileira e a saúde pública. *Psicol. Argum.* 2012 abr./jun., 30(69), 401-410

SOGLIO, M.S., ESTRADA, A.A. Impactos da burocracia na gestão escolar: racionalidade administrativa ou legitimação da dominação de classe? *Revista CCCSS: contribuciones a las ciencias sociales*, 2019.

## 4.2 Artigo Científico

### **Análise dos elementos de contexto no processo de implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**

#### **RESUMO**

Esse artigo teve por objetivo analisar os elementos de contexto no processo de implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no estado de Sergipe. Trata-se de um estudo de caso único com abordagem qualitativa; foram realizadas entrevistas com gestores, trabalhadores da saúde, residentes de comunidades quilombolas e membros de comunidades de matriz africana de municípios do Estado de Sergipe. A análise de dados foi realizada através da Análise Temática de Conteúdo proposta por Bardin, emergindo-se quatro temas relevantes e que estão relacionados ao processo de implantação dessa política: Controle Social, Capacitação Profissional, Racismo Institucional, Acesso aos serviços de saúde. Como resultados obtivemos que apenas o controle social se mostrou como um elemento favorável a implantação da PNSIPN, sendo necessário potencializar esse elemento para a efetiva implantação desta política. A capacitação profissional se mostrou como um elemento desfavorável, pois não há conhecimento dos profissionais e gestores sobre a PNSIPN, entretanto é um elemento necessário para a efetiva implantação. O racismo institucional se mostrou com um elemento desfavorável que está enraizado no sistema de saúde, dificultando o acesso da população negra aos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Políticas de Saúde, População Negra, Acesso aos Serviços de Saúde.

#### **ABSTRACT**

This article aimed to analyze the elements of context in the process of implementing the National Policy for Integral Health of the Black Population in the state of Sergipe. It is a unique case study with a qualitative approach; interviews were conducted with managers, health workers, residents of quilombola communities and members of communities in the African matrix of municipalities in the state of Sergipe. The data analysis was carried out through the Thematic Content Analysis proposed by Bardin, emerging four relevant themes related to the process of implementing this policy: Social Control, Professional Training, Institutional Racism, Access to health services. As the results obtained, only the social control shows as a favorable element to the implantation of the PNSIPN, being potentially necessary this element for the effective implantation of this policy. Professional training proved to be an unfavorable element, as there is no knowledge of professionals and managers about the PNSIPN, but it is a necessary element for effective implementation. Institutional racism showed an unfavorable element that is activated in the health system, making it difficult for the black population to access health services.

**Keywords:** Health Policy, African Continental Ancestry Group, Health Services Accessibility

## INTRODUÇÃO

No Brasil, existe um consenso entre inúmeros estudiosos sobre as doenças e os agravos mais prevalentes na população negra, com destaque para as seguintes categorias: (a) geneticamente determinados (tais como a anemia falciforme, deficiência 6-fosfato desidrogenase, foliculite); e (b) adquiridos em condições desfavoráveis (desnutrição, doenças do trabalho, DST/HIV/aids, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose entre outros) e, (c) de evolução agravada ou tratamento dificultado – hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatas, insuficiência renal dentre outros (BRASIL, 2006).

Atualmente estamos vivenciando a pandemia do novo Coronavírus, o qual tem sido um desafio para países que apresentam profundas desigualdades internas. No Brasil, em que a ausência das informações desagregadas por raça ou etnia ou que quando coletada apresenta um preenchimento precário, sabe-se que negras e negros irão sofrer mais severamente os impactos da pandemia e seus vários desfechos negativos, considerando o histórico de ausências de direitos. Aliado a isto, dados nacionais têm apontado a maior prevalência de doenças crônicas e negligenciadas entre a população negra, resultado da maior vulnerabilidade social e econômica na qual ela está exposta e ao menor acesso aos serviços de saúde. Dados do ‘Painel de Monitoramento Covid-19’ elaborado pela Clínica da Família Zilda Arns (2020) relatam que a comunidade do Complexo do Alemão, no Rio de Janeiro, tinha em 28 de abril de 2020 (1.187) casos suspeitos do novo Coronavírus e apenas 15 casos diagnosticados, o que demonstra a enorme ausência de testagem nessa localidade. (GOES, RAMOS, FERREIRA, 2020).

Dessa forma, é preciso considerar a grave e insistente questão do racismo no Brasil, que persiste mesmo após uma série de conquistas institucionais, devido ao seu elevado grau de entranhamento na cultura brasileira. O racismo, inclusive o institucional, é condição histórica e traz consigo a noção do preconceito e da discriminação contra negros, afetando de forma dupla as mulheres negras, igualmente vitimadas pelo preconceito de gênero, o que torna este segmento especialmente mais vulnerável (BRASIL, 2006).

Apesar da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra reconhecer que as condições de vida dessa população resultam de injustos processos sociais, culturais e econômicos da história do País, e que a persistência dessa situação é observada nas altas taxas de mortalidade materna e infantil, na maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e nos graves índices de mortalidade de jovens e adultos em razão da violência urbana, drogas e

álcool, os estudos sobre a temática apontam para a fragilidade das ações em prol da superação dessa situação (TAVARES, OLIVEIRA, LAGES, 2013).

Dados do Perfil dos Municípios Brasileiros (MUNIC) de 2018, do IBGE, mostram que somente 28% de todos os municípios brasileiros incluíram ações previstas na Política no planejamento municipal de saúde. Um cenário que dificulta, e muito, a “redução das desigualdades” almejada pelo plano e que mostra que a celebração do Dia da Consciência Negra, em 20 de novembro, ainda tem muito simbolismo e pouco efeito prático (FERREIRA, MARTINS, 2019).

Diante do exposto, questionamos: Quais os elementos de contexto no processo de implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no estado de Sergipe? E para responder a essa pergunta de investigação definimos como objetivo desta pesquisa: Analisar os elementos de contexto no processo de implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no estado de Sergipe

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, realizada através de estudo de caso único, com abordagem qualitativa. Para fins deste trabalho, foram selecionados os municípios de Aracaju, Laranjeiras, Lagarto e São Cristóvão que serão as unidades de análise embrincadas do caso Sergipe, por serem habilitados na gestão municipal da saúde. Para fins de seleção das pessoas que foram entrevistadas, delimitamos como critérios de inclusão: participantes que estavam no local nos momentos da coleta e com disponibilidade, nas seguintes categorias preestabelecidas: gestores (secretário municipal de saúde e coordenadores dos diferentes programas da atenção básica); trabalhadores de saúde (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde (ACS)) e equipe multidisciplinar, tanto dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e moradores de comunidades remanescentes de quilombos e de comunidades tradicionais de matriz africana. E, por conseguinte como critérios de exclusão: estar de férias ou em condição de licença, durante o período da coleta.

Utilizamos a entrevista semiestruturada como técnica de coleta de dados. Foram entrevistados 24 indivíduos, sendo: 08 gestores, 07 trabalhadores de saúde, 05 residentes de comunidades quilombolas e 04 membros de comunidades tradicionais de matriz africana. Desse total, 15 eram do sexo feminino e 09 do sexo masculino. Em relação ao quesito raça/cor, 13 se autodeclararam como pardos, 6 como brancos, 4 como pretos e 1 como amarelo.

No que se refere a faixa etária houve variação entre 27 e 59 anos. No que tange a escolaridade, 54,2% possuem pós-graduação completa, 12,5% ensino superior completo, 8,3% ensino superior incompleto, 12,5% ensino médio completo, 4,2% ensino médio incompleto e 8,3% não informaram.

A análise de dados foi realizada através da Análise Temática de Conteúdo proposta por Bardin (2011), a qual constituiu-se em três etapas: a primeira diz respeito a pré-análise; a segunda, incide na exploração do material; e, a terceira, refere-se ao tratamento e interpretação dos resultados obtidos.

Para a análise dos elementos de contexto da implantação da PNSIPN, foi realizada leitura exaustiva e repetida das entrevistas realizadas emergindo quatro temas relevantes e que estão relacionados ao processo de implantação dessa política: Controle Social, Capacitação Profissional, Racismo Institucional, Acesso aos serviços de saúde. Em seguida utilizamos um quadro esquemático (Quadro 1) que apresenta tema central, segundo a descrição do ator da pesquisa, atribuindo a ele um valor positivo ou negativo para o processo de implantação da PNSIPN. Também foi realizada análise documental do Plano Estadual de Saúde de Sergipe (2016-2019) e do Plano Sergipano De Educação Permanente Em Saúde (2019 -2022) em busca das divergências e convergências com as falas dos entrevistados.

**Quadro 1 B – Atribuição de valor ao processo de implantação da PNSIPN. Sergipe, 2020.**

Tema Central	Como é descrito	Ator	Valor para o processo de implantação

Fonte: Santos, Melo (2012).

No que se refere ao posicionamento ético dos pesquisadores, o presente estudo foi orientado pelas Diretrizes dispostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no cenário brasileiro (BRASIL, 2012). Essa pesquisa é um recorte de um projeto maior intitulado “Avaliação da Atenção à Saúde da População Negra e a Interseção do Racismo sobre as Práticas de Cuidado em Estados do Nordeste e do Sudeste brasileiro”, o qual foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS e contou com o financiamento do CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SGEP/DAGEP pela portaria nº 21/2014, conforme parecer 1.423.346. Atendemos as exigências éticas da Resolução 466/2012, assegurando o sigilo das informações consideradas confidenciais. O

anonimato dos participantes foi preservado, uma vez que não foram utilizados seus nomes nos resultados da referida pesquisa, assim como a sua vinculação à instituição.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisamos as falas dos entrevistados desta pesquisa a fim de elucidar os elementos de contexto da implantação da PNSIPN no estado de Sergipe. Para tanto, recorreremos ao estudo de Correia (2015) para resgatar o processo de implantação da PNSIPN no estado de Sergipe, onde identificamos que no ano de 2008, ocorreu o I Seminário Estadual da Política Integral de Saúde da População Negra no estado em questão, com vista a discutir o cumprimento da agenda nacional de saúde para tratar da saúde integral da população negra.

Neste sentido, o ponto de partida da implementação da Política de Saúde Integral da População Negra no Estado de Sergipe ocorreu através de reuniões, debates e definição de um Plano de Ação. Constata-se que os desafios ainda são grandes para que, de fato, a Política se consolide.

No quadro 2, é possível visualizar sobre o acesso aos serviços de saúde pela população negra no estado de Sergipe. Diante das falas dos entrevistados identificamos pontos desfavoráveis relacionados a esse tema, tais como: invisibilidade da mulher negra, falta de acessibilidade, linha de cuidado anemia falciforme que não funciona efetivamente. Isso corrobora com o estudo de Mulheres pretas e pardas, em que além de um pré-natal com menor número de consultas e exames, vinculam-se menos à maternidade para o parto e recebem menos orientações, o que resulta em maior peregrinação para parir. Há impactos também sobre a garantia do direito da mulher ao acompanhante por ocasião do parto, que foi mais violado entre pretas e pardas do que entre brancas, mantido o gradiente de cor. Embora o direito ao acompanhante de livre escolha da gestante seja garantido pela Lei nº 11.108/37, na pesquisa (Nascer no Brasil) verificou-se que 25% das mulheres ainda ficaram sem acompanhantes durante toda a internação para o parto (LEAL, *et al.*, 2017).

### Quadro 2 B- Atribuição de valor ao processo de implantação da PNSIPN relacionado ao tema Acesso aos serviços de saúde. Sergipe, 2020.

Tema Central	Como é descrito	Ator	Valor para o processo de implantação
	Eu acho que um outro grande problema de saúde não é nem da saúde, mas é para saúde pensar que é a invisibilidade e o silenciamento das questões negras na sociedade e das questões das mulheres negras	Morador de Comunidade Tradicional de	Negativo: invisibilidade da mulher negra; falta de acessibilidade

Acesso aos serviços de saúde	[...] Falta de acessibilidade para mulher negra, nes questão de que mulher negra agenda muito mais dor, isso é um absurdo e, talvez o caso de se publicar pesquisas que tratem sobre isso, que é um ranço do racismo institucional.	Matriz a Africana 3	
	O que eu tenho in formação é que a doença falciforme ainda pede muita atenção do Estado de Sergipe, inclusive foi construída uma linha de cuidado que efetivamente não vem funcionando.	Trabalhador 2	Negativo: linha de cuidado que não funciona efetivamente

Fonte: Adaptado de Santos e Melo (2012).

A fala do entrevistado Morador de Comunidade Tradicional de Matriz Africana 3, converge com um estudo base populacional de abrangência nacional com entrevista e avaliação de prontuários de 23.894 mulheres em 2011/2012 realizado por Leal *et al.*, (2017) através de dados oriundos da pesquisa *Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento*, o qual identificou que mesmo após o controle para as variáveis sociodemográficas, evidenciou-se a menor utilização de analgesia em mulheres pretas e para esses autores o uso de analgesia de maneira distinta entre os grupos raciais provavelmente está associado a percepções sociais que se baseiam na existência de profundas diferenças biológicas.

Ao analisarmos o Plano Estadual de Saúde de Sergipe (PESS) - (2016-2019) identificamos que a Rede Materno Infantil encontra dificuldades no estado para implantação/execução devido as fragilidades encontradas na atenção primária e nos sistemas de informação dos municípios e nas unidades de assistência ao parto que executavam as ações de maneira que infringiam os preceitos das boas práticas obstétricas.

De acordo ainda com o PEES (2016-2019), todos os 75 municípios do estado possuem postos de coletas da triagem neonatal biológica, além das maternidades, onde são realizados os testes a fim de detectar precocemente um grupo de doenças congênicas e hereditárias no período neonatal. Isso diverge da fala do entrevistado Trabalhador 2, onde o mesmo cita que a linha de cuidado da Anemia Falciforme não funciona efetivamente. Essa linha de cuidado tem por objetivo contribuir para a promoção de uma mudança na história natural da Doença Falciforme no Brasil, de modo a reduzir a taxa de morbiletalidade, além de promover longevidade com qualidade às pessoas com essa doença (BRASI, 2015).

A inclusão do quesito raça/cor nas bases de dados dos serviços trouxe consequências positivas para as produções científicas, mostrando ser uma ferramenta contra o racismo, além de auxiliar no acesso da população negra aos serviços de saúde. Entretanto, cabe salientar que a inclusão dessa ferramenta sem uma conscientização da população a respeito do processo de identificação racial não é de total eficácia, tendo em vista que, em razão do processo de branqueamento e mestiçagem, a população brasileira tende a não reconhecer sua própria identidade racial (OLIVEIRA, KUBIAK, 2019).

Isso converge com a fala do entrevistado Trabalhador 6:

E também nós temos uma dificuldade, negro quer se caracterizar como pardo, isso é muito comum, então nós perguntamos. Numa gestação, quando estamos fazendo o cadastro, nós perguntamos, você se considera o que? Qual a sua raça? Eles sempre colocam pardo, nós sabemos que são negros, mas eles colocam pardo e nós informamos o que eles falam.

O quadro abaixo também converge com essa fala (Trabalhador 6) ao evidenciar o tema racismo institucional, onde identifica-se que os gestores entrevistados não compreendem a necessidade de uma política voltada exclusivamente para a população negra.

**Quadro 3 A- Atribuição de valor ao processo de implantação da PNSIPN relacionado ao tema Racismo Institucional. Sergipe, 2020.**

<b>Tema Central</b>	<b>Como é descrito</b>	<b>Ator</b>	<b>Valor para o processo de implantação</b>
<b>Racismo Institucional</b>	Se eles estão lutando tanto para serem iguais, para que ter um dia da consciência negra? Lógico, lembrando do que vocês já sofreram para que vocês possam estar onde estão. Mas eu acho que é só fomentar mais ainda. Eu acredito que todos somos iguais.	Gestor 5	Negativo: evidenciar que a PNSIPN salienta a discriminação
	Eu acredito que não, porque no meu entender tem que ser uma igualdade para todos, independentemente de cor, raça, porque eu acho que dessa forma já estaria usando a questão da discriminação.	Gestor 7	Negativo: mito da democracia racial
	Se chegar um filho de santo no posto médico dizendo que meu pai passou um chá de aroeira para curar inflamação, eles não vão acreditar porque para eles o que serve é o comprimido e a injeção.	Morador de Comunidade Tradicional de Matriz Africana 3	Negativo: ausência de associação entre as práticas integrativas e complementares com medicina
	É porque não teve um caso da pessoa ir necessariamente com uma guia ser destrutada, mas tipo acompanhante que foi com guia contra e goma se percebe	Morador de Comunidade Tradicional de Matriz	Negativo: olhar diferenciado devido a paramentação religiosa

---

um olhar diferenciado, do tipo um Africana 4  
olhar que acompanha e quem está  
passando sabe por que está  
acompanhando

---

Fonte: Adaptado de Santos e Melo (2012).

Um estudo realizado por Matos e Tourinho (2018) em Florianópolis, a fim de avaliar o conhecimento dos profissionais envolvidos nos programas de residência em Saúde da Família, observou que a maioria desses profissionais conhecem a existência da PNSIPN e a considera de suma importância, mas nunca a leu. Observa-se também a percepção de que políticas afirmativas tendem a reforçar a discriminação, mesmo quando todos os respondentes acreditam existir racismo no Brasil. A maioria dos residentes disse não conhecer o conceito de racismo institucional.

A fala desses autores convergem diretamente com as falas dos entrevistados Gestores 5 e 7, onde ambos citam que deveria haver uma igualdade para todos e que a existência da PNSIPN fomentaria ainda mais a discriminação existente no nosso país.

Isso corrobora com Almeida (2018) que enfatiza que o racismo estrutural é apresentado como decorrência da própria estrutura social, ou seja, de modo “normal” com que se constituem as relações políticas, econômicas, jurídicas e até mesmo familiares, onde condições de subalternidade ou de privilégio de sujeitos racializados é estruturalmente reproduzida.

Matos e Tourinho (2018) destacam que o racismo não é considerado apenas um determinante importante no processo saúde-doença das pessoas, como também está presente no acesso aos serviços de saúde e qualidade do serviço prestado. O mito da democracia racial, muito bem pensado e arquitetado dentro de um processo histórico favorável no Brasil, possibilita que se perpetue a prática discriminatória e faz parecer insignificantes ou desnecessários todos os movimentos contrários a esse ciclo, minando quaisquer tentativas de reparação desse processo histórico através de um discurso paradoxal de igualdade.

Nas instituições, esse racismo pode se manifestar de diversas formas: desde a dificuldade em reconhecer e abordar os determinantes sociais de saúde, produção e utilização de dados desagregados por cor de modo a orientar a tomada de decisão, bem como definir prioridades e alocar recursos, mas também se manifesta na inexistência de mecanismos que coíbam as práticas racistas. E dessa maneira para se promover a equidade, tudo fica mais complexo, pois não serão criadas metas diferenciadas e nem indicadores sensíveis, e conseqüente a isso não serão oferecidos investimentos numa formação de qualidade e nem no

processo de educação permanente para os profissionais, pois segue-se afirmando que o problema é resíduo das desigualdades de classe, da história da escravidão, difícil e sem solução (LOPES, 2013).

Ao analisarmos o Plano Estadual de Saúde de Sergipe (2016-2019) não encontramos indicadores de saúde diferenciados por raça/cor, isso reforça a fala desse autor citado acima, pois sem a distinção destas informações não há como promover a tomada de decisão, nem se definir prioridades voltadas para a população negra. E nesse plano não há nenhuma meta diferenciada para a população negra.

O racismo institucional ocorre de maneira silenciosa, não de forma aberta, e produz não só a falta de acesso aos serviços e direitos, como também fragiliza a qualidade da assistência prestada, ao diferenciar o atendimento aos negros e aos brancos, privilegiando uma classe à medida que discrimina outra, perpetuando a desigualdade racial. Isto se agrava ainda mais no interior de uma política que tem como princípio básico a equidade, onde os serviços e tratamentos de saúde devem ser oferecidos diferenciados e específicos para os desiguais, visando reduzir diferenças de vulnerabilidade das populações. E como foi demonstrado, a população negra está submetida à vulnerabilidade de várias patologias pelo processo histórico de exclusão social, econômica, política e cultural (SILVA, 2017).

Neste sentido, o Programa de Combate ao Racismo Institucional (Silva et al., 2009, p. 22) implementado no Brasil em 2005 definiu o racismo institucional como:

O fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e Organizações.

Conclui-se que o racismo institucional é um elemento de contexto desfavorável a implantação da PNSIPN, pois continua presente nas instituições de saúde, ocorrendo de maneira implícita nos processos de cuidado, nas relações profissionais e no acesso à população negra aos serviços de saúde.

Diante das falas dos entrevistados no Quadro 4, percebe-se que a ausência de capacitação formal, é um elemento que prejudica a implantação da PNSIPN no estado, pois sem a capacitação acerca da política, os profissionais de saúde não conseguem realizar uma abordagem integral do sujeito, dificultando até mesmo a comunicação entre profissional e usuário.

**Quadro 4 A- Atribuição de valor ao processo de implantação da PNSIPN relacionado ao tema Capacitação profissional. Sergipe, 2020.**

<b>Tema Central</b>	<b>Como é descrito</b>	<b>Ator</b>	<b>Valor para o processo de implantação</b>
<b>Capacitação profissional</b>	O grande desafio que nós temos é a abordagem integral, é como considerar as especificidades numa abordagem integral, que especificidades abordar e como abordar [...].	Gestor 1	Negativo: Ausência de abordagem integral considerando as especificidades dos usuários dos serviços de saúde
	Eu acho que o texto traz muitas ideias, traz conceitos e a gente pode utilizar de maneira eficaz junto à saúde, mas acredito que ainda é necessário avançar no que se refere ao profissional.	Gestor 6	Negativo: necessidade de capacitação profissional
	É preciso essencialmente que seja feita uma discussão sobre a branquitude [...] fundamental para mudar a questão de saúde dentro desse âmbito voltado para a população negra.	Morador de Comunidade Tradicional de Matriz Africana 4	Negativo: necessidade de discussão sobre a branquitude

Fonte: Adaptado de Santos e Melo (2012).

A PNSIPN, reconhecendo a importância dos processos formativos para a efetiva implantação desta política em sua articulação com o SUS afirma a necessidade de que os processos de formação dos profissionais sejam de qualidade. Sendo que esta qualidade precisa ser discutida em seu sentido político em relação as escolhas que pesam sobre a organização dos currículos, programas e similares. As ausências e negligência de determinados conhecimentos, saberes, práticas e nos processos formativos, na perspectiva da formação e da educação permanente em saúde, acarretam sérias falhas no atendimento integral à saúde de todos e, em especial, de populações vulneráveis a exemplo da negra (MONTEIRO, 2010).

Ao analisarmos o Plano Sergipano de Educação Permanente em Saúde 2019-2022, identificamos 3 propostas de Educação Permanente a serem realizadas sobre o tema população negra, sendo: 1 Seminário sobre inclusão de ações de vigilância e prevenção das IST/AIDS com a população negra, a fim de sensibilizar os gestores, Coordenadores da Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica para implantar a PNSIPN em IST/HIV/AIDS e hepatites virais em municípios com áreas quilombolas; 1 curso de qualificação para ações de saúde voltadas para população negra com o objetivo de qualificar as lideranças negras na área de educação em saúde para IST/AIDS/Hepatites virais; 1 capacitação com profissionais da Atenção Básica sobre manejo clínico, promoção e prevenção de agravos e doenças, com o

intuito de qualificar técnicos para o atendimento clínico em IST/HIV/AIDS e hepatites virais com a população negra e formar multiplicadores na atenção primária para atuarem nas ações de promoção e prevenção da IST junto a população negra.

Apesar de ainda ser um quantitativo pequeno de atividades de educação permanente voltadas para a população negra, é válido destacar essa iniciativa do estado no que concerne a essa temática. Pois, como bem destaca Matos e Tourinho (2018), o racismo institucional não está presente apenas no mau atendimento ou nas dificuldades de acesso, mas se revela também nos programas de formação profissional ou educação em saúde que, ignorando a questão racial, não trazem à tona este debate. A ausência de conhecimento e reflexão também colabora com a reprodução dos mecanismos racistas.

Conforme apresentado no Quadro 5, os entrevistados sinalizam que a participação social é uma das principais estratégias utilizadas para a implantação da PNSIPN no estado de Sergipe. Ao analisar as falas dos entrevistados, registradas no quadro abaixo, emerge com força a ideia da participação social, através dos movimentos sociais e da busca da própria população pelos seus direitos.

**Quadro 5 A – Atribuição de valor ao processo de implantação da PNSIPN relacionado ao tema Controle Social. Sergipe, 2020.**

<b>Tema Central</b>	<b>Como é descrito</b>	<b>Ator</b>	<b>Valor para o processo de implantação</b>
	Então esse diálogo com os movimentos sociais e algumas políticas específicas que nós temos facilita a gente ter esse diálogo	Gestor 1	Positivo: Diálogo com os movimentos sociais
	Realmente assim que a população tenha um maior conhecimento dessa política independente se ela é negra ou branca, mas que ela possa lutar para que realmente ela seja efetivada.	Gestor 2	Positivo: instruir a população
<b>Controle Social</b>	É necessário um programa específico a ser desenvolvido, por exemplo, nas unidades básicas de saúde, um programa de conscientização referente a política para até que a população venha trazer novas ideias, novas ações e discuta isso que a gente vê que é pouco discutido”	Gestor 7	Positivo: capacitar a população para que a mesma seja mais participativa
	Até porque o povo tá ficando mais instruído, não é? Aí colabora bastante.	Morador de Comunidade Quilombola 3	Positivo: população instruída

Fonte: Adaptado de Santos e Melo (2012).

Essa participação dos movimentos sociais e a própria instrução da população acerca dos seus direitos é um elemento favorável a implantação da PNSIPN no estado de Sergipe. O PESS (2016-2019) apresenta o objetivo de fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação social através do Núcleo de Gestão Estratégica e Participativa. Além disso apresenta como meta fortalecer e qualificar os conselheiros municipais e estadual de saúde, e os representantes dos movimentos sociais, de modo a formar multiplicadores para garantir a equidade junto à população.

Nesse sentido, é necessário fortalecer esse elemento de contexto, pois o controle social na saúde é um dos princípios organizativos do SUS, o qual garante que deve ocorrer a participação da população tanto no processo de formulação quanto no controle das políticas de saúde no Brasil. Sendo as formas de participação, as conferências e os conselhos de saúde que funcionam nas três esferas do governo: federal, estadual e municipal (BRASIL, 1990).

Diante das falas dos entrevistados sobre o controle social, eles sinalizam que quanto mais instruída a população estiver, mais a população irá reivindicar seus direitos. Bem como a própria população poderá trazer ideias, e ações que podem ser realizadas dentro das unidades básicas de saúde e/ou até mesmo em toda a rede de atenção à saúde, de maneira a fortalecer a implantação da PNSIPN.

É imprescindível que haja uma maior participação das organizações da sociedade civil nos movimentos sociais para o enfrentamento do racismo, conquistando esforços para a mudança de mentalidade com vistas à superação de comportamentos e atitudes das pessoas e instituições, os quais segregam, excluem os indivíduos baseando-se no pertencimento racial (SILVA, 2017).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esta pesquisa possibilitou a identificação e análise dos elementos de contexto para a implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no estado de Sergipe, evidenciando que existe uma complexidade por trás do processo de implantação que é reforçado pelos elementos de contexto desfavoráveis, os quais são em sua maior parte estruturais, devido a sociedade racista em que estamos inseridos.

Diante disso, identificamos que nesse estudo que o controle social é um elemento de contexto favorável e que precisa ser potencializado na implantação dessa Política, pois com a

participação de movimentos sociais em busca de seus direitos, já foi possível a criação da PNSIPN anos atrás, agora se faz necessário lutar pela sua implantação de maneira efetiva, na tentativa de possibilitar a equidade dentro desse sistema de saúde

A capacitação profissional apesar de se apresentar como um elemento desfavorável devido à ausência de conhecimento dos profissionais e gestores acerca dessa política, é um elemento que pode ser fortalecido, porque é uma ação que é de governabilidade das Secretarias Municipais de Saúde e poderá capacitar os profissionais e gestores no intuito de implantar a PNSIPN efetivamente.

O racismo institucional é o elemento de contexto mais desfavorável, porque resulta de um conjunto de práticas e ações que foram historicamente e socialmente construídas e são estruturantes para ampliar a desigualdade de acesso aos serviços de saúde para a população negra. É preciso um trabalho contínuo para combater o racismo e isso implica no fortalecimento do controle social, como dito anteriormente, pois caso contrário as pessoas com doença falciforme, por exemplo, continuarão sofrendo com o itinerário terapêutico dentro das redes de atenção, bem como morrerão precocemente negros e negras por causas evitáveis.

Quanto às limitações do estudo, salienta-se a não observação *in loco*. É importante destacar a necessidade de pesquisas subsequentes tratando-se dessa temática, pois os elementos de contexto que emergiram remetem a outros desenhos de estudos mais aprofundados, a exemplo, da análise de conjuntura que permite evidenciar acontecimentos, fatos e cenários, entre outros elementos.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Silvio Luiz de. O que é racismo estrutural? Belo Horizonte (MG): Letramento, 2018.

LOPES, F. Conceitos e aplicabilidades dos determinantes sociais da saúde-DSS nas políticas do SUS. In: RELATÓRIO final do Fórum Enfrentando o Racismo Institucional para Promover Saúde Integral da População Negra no Sistema Único de Saúde, 2012. Brasília, 2012

GOES, E.F.; RAMOS, D. O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020, e00278110. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00278

TAVARES, N.O; OLIVEIRA, L.V.; LAGES, S.R.C. A percepção dos psicólogos sobre o racismo institucional na saúde pública. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 580-587, out/dez 2013.

MATOS, C.C.S.A., TOURINHO, F.S.V. Saúde da População Negra: percepção de residentes e preceptores de Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, 2018 Jan-Dez; 13(40):1-12.

SILVA, J. et al. A promoção a igualdade racial em 2006 e o Programa de Combate ao Racismo Institucional. In: JACCOUD, L. (Org.). A construção de uma política de promoção da igualdade racial: uma análise dos últimos vinte anos. Brasília, DF: Ipea, 2009. p. 7-170.

SANTOS, J.F.M. et al. Avaliação de completude da variável raça/cor nas notificações de violência, 2009 a 2017, Rio de Janeiro. *Rev. Saúde em Foco Rio de Janeiro, RJ v.5 n.1 p. 49-57 jan./jun. 2020.*

OLIVEIRA, B.M.C., KUBIAK, F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. *Saúde Debate | Rio De Janeiro, V. 43, N. 122, P. 939-948, JUL-SET, 2019*

TAVARES, H.F., et al. Análise e perspectiva sobre a formação do profissional de saúde para o atendimento à mulher negra. *Extensio: R. Eletr. de Extensão, ISSN 1807-0221 Florianópolis, v. 15, n. 28, p. 19-28, 2018.*

BATISTA, Luis Eduardo; BARROS, Sônia. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, e00090516, 2017. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017001300302&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001300302&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 Maio 2020. Epub May 08, 2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00090516>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Doença falciforme: diretrizes básicas da linha de cuidado / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

ARANTES, Cássia Irene Spinelli et al. Controle social na saúde: discutindo os resultados de uma pesquisa com enfermeiras. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 417-421, 2009. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002009000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000400011&lng=en&nrm=iso)>.

Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF) 1990; 20 set. Seção 1: 18055-9.*

SANTOS, Silvone Santa Bárbara da Silva. **Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da Família**. 2006. 135 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia, 2006.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o modelo avaliativo adotado para esta pesquisa, um contexto favorável a implantação de uma intervenção (que nesse caso é a PNSIPN) depende de um estilo participativo de gestão, de uma descentralização dos processos de decisão e de mecanismos que favorecem uma boa comunicação na organização. A partir da avaliação realizada identificamos que há a predominância do Modelo Burocrático dentro das organizações de saúde participantes deste estudo.

No que tange a implantação da PNSIPN no estado de Sergipe, percebe-se que a mesma ainda não se encontra implantada, havendo a necessidade de que a Secretaria Estadual e as Secretarias Municipais de Saúde, desenvolvam estratégias e ações a fim de qualificar os profissionais de saúde acerca da PNSIPN, bem como a divulgação da mesma para os profissionais e usuários do SUS, a fim combater o racismo institucional que se faz presente dificultando o acesso da população negra aos serviços de saúde. Os achados da pesquisa permitem reflexões sobre o modelo administrativo predominante nas organizações de saúde, em que as relações de poder são assimétricas e dessa forma, reproduzem práticas de gestão distante das necessidades e demandas sociais. Assim, é preciso compreender os modelos de organização administrativa predominante na gestão pública, que de forma subliminar, exclui a participação da sociedade no processo decisório.

O descompasso entre a descentralização e a hierarquização de poder, que é característico na teoria burocrática da administração, aponta para a necessidade de um aprofundamento dessa discussão, inclusive porque as organizações são marcadas por multiplicidade de abordagens, onde num dado momento predomina um paradigma em detrimento de outro. Possivelmente, outras pesquisas farão emergir esse aspecto que não ficou evidenciado neste estudo, no entanto, cabe salientarmos que os achados aqui apresentados já permitem a priori que os gestores e trabalhadores da saúde, (re)pensem as práticas institucionais.

Essa pesquisa possibilitou ainda a identificação e análise dos elementos de contexto para a implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra nesse estado, evidenciando que existe uma complexidade por trás do processo de implantação que é reforçado pelos elementos de contexto desfavoráveis, os quais são em sua maior parte estruturais, devido a sociedade racista em que estamos inseridos.

Diante disso, identificamos que o controle social é um elemento de contexto favorável e que precisa ser potencializado na implantação dessa Política no estado de Sergipe, pois com a participação de movimentos sociais em busca de seus direitos, já foi possível a criação da PNSIPN anos atrás, agora se faz necessário lutar pela sua implantação de maneira efetiva, na tentativa de possibilitar a equidade dentro desse sistema de saúde.

A capacitação profissional apesar de se apresentar como um elemento desfavorável devido à ausência de conhecimento dos profissionais e gestores acerca dessa política, é um elemento que precisa ser potencializado a fim de combater o racismo institucional, o qual é um elemento de contexto desfavorável que impacta no acesso aos serviços de saúde pela população negra.

Ainda existe um longo caminho a ser trilhado, entretanto se não lutarmos pela implantação da PNSIPN os índices de mortalidade e morbidade que estão diretamente relacionados à raça/cor irão se agravar cada vez mais. Além de se mostrar como um retrocesso diante de um direito adquirido. E diante do cenário político que estamos vivendo, é importante a organização dos movimentos sociais, bem como os gestores, trabalhadores na tentativa de garantir a manutenção dos direitos sociais, atentando-se para as iniquidades raciais.

Quanto às limitações do estudo, salienta-se a não observação *in loco* e ausência da avaliação da dimensão ensino e pesquisa. O modelo proposto possibilitou apenas a avaliação do modelo organizacional, sendo necessário talvez a incorporação de outros modelos de avaliação a fim de abarcar outros pontos não evidenciados nesta pesquisa.

É importante destacar a necessidade de pesquisas subsequentes tratando-se dessa temática como instrumento aliado a gestão em outros estados não só do Nordeste, mas de todas as regiões do Brasil, pois a PNSIPN apresenta-se implantada ou parcialmente implantada em poucos municípios brasileiros. No que diz respeito ao estado de Sergipe, de acordo com a análise dos achados, existe um caminho longo a percorrer para a implantação efetiva da política estudada. Esse caminho a ser trilhado pode ser vencido na medida em que for potencializado o controle social, que neste estudo obteve um conceito regular.

## REFERÊNCIAS

BARATA, R.B. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro:

**Editora**                      **FIOCRUZ**,                      2009.                      Disponível                      em:  
<https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

BOBBIO, Norberto. Dicionário de política / Norberto Bobbio, Nicola Matteucci e Gianfranco Pasquino; trad. Carmen C, Varriale et al.; coord. trad. João Ferreira; rev. geral João Ferreira e Luis Guerreiro Pinto Cacaís. - Brasília : Editora Universidade de Brasília, 1ª ed., 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da União, 2012.

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

BRASIL. Avaliação de políticas públicas : guia prático de análise ex post, volume 2 / Casa Civil da Presidência da República ... [et al.]. – Brasília : Casa Civil da Presidência da República, 2018. v. 2 (301 p.) : il., gráfs., mapa color.

CENTENO, S.R.; MEYER, D.E.E.; ANDRADE, S.S. Representações de sujeito negro/a na política nacional de saúde integral da população negra: uma análise cultural. *Textura*, v.20, n.42, jan/abr. 2018.

CHAMPAGNE, F; DENIS, J. Análise da Implantação. In: HARTZ, ZMA., org. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676- 36-1.

CHEHUEN NETO, José Antônio *et al.* Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2015, vol.20, n.6, pp.1909-1916. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.17212014>.

CONTANDRIOPOULOS, A.P., CHAMPAGNE, F., DENIS, J.F., PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos in: HARTZ, ZMA., org. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676- 36-1

FIGUEROA, A. (2004). Contextualização conceitual e histórica. In Anais do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra. **Caderno de textos básicos**. Brasília: Seppir; Ministério da Saúde.

Glossário de análise política em Saúde. Carmen Teixeira e Paloma Silveira; organizadoras. Salvador: Edufba, 2016.

GOMES, I.C.R.; DAMASCENO, R.O.; NERY, A.A.; VILELA, A.B.A. Implementação da

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra. Rev. baiana enferm. 2017.

GOMES, L.M.X. et al. Acesso e assistência à pessoa com anemia falciforme na Atenção Primária. Acta Paul Enferm. 2014; 27(4):348-55.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: Acesso em: 19 de novembro de 2018.

M.Z.A., MADEIRA. Questão racial e opressão: desigualdades raciais e as resistências plurais na sociedade capitalista. **Argum.**, Vitória, v. 9, n. 1, p. 21-31, jan./abr. 2017.

MADEIRA, Z.; GOMES, D.D.O. Persistentes desigualdades raciais e resistências negras no Brasil contemporâneo. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 133, p. 463-479, set./dez. 2018.

MASSIGNAM, F.M., BASTOS, J.L.D., NEDEL, F.B. Discriminação e saúde: um problema de acesso. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 24(3):541-544, jul-set 2015.

MARTINS, M.C.F.N., BOGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade** v.13, n.3, p.4457, set-dez 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. 2011: Ano Internacional das e dos Afrodescendentes. ONU: 2011.

PAIM, J.S. Políticas de saúde no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 587-603.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F.. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2006, vol.40, n.spe, pp.73-78. ISSN 00348910.

Plano Estadual de Saúde de Sergipe, 2016-2019.

PAIXÃO, M.; ROSSETO, I. & CARVANO, L. M. Org.(2011). Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil 2009-2010. Garamond Universitária. Rio de Janeiro, RJ.

RIBEIRO, M. V.; TEIXEIRA, C. F. As organizações do movimento negro e o processo de implementação da Política de Saúde Integral da População Negra (2006-2014). In: Carmen Fontes Teixeira. (Org.). Observatório de Análise Política em Saúde: abordagens, objetos e investigações. 1ed.Salvador-Bahia: Editora da Universidade Federal da Bahia, 2016, v. único, p. 187-225.

SANTOS, S. S. B. S. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da família. Salvador:EEUFBA,2006. 130f.

SANTOS, S. S. B. S.; SILVA, F. M. R. Implantação da política nacional de saúde integral da população negra: um estudo de avaliabilidade. XXI Seminário de Iniciação Científica. Universidade Estadual de Feira de Santana, Ba, 2017.

SANTOS, C.K.P.B., ARAUJO, V.R. Estudo sobre a saúde da população negra em queimadas – Bahia: a importância da implementação da política nacional de saúde integral da população negra. 2018.

SANTOS, S. S. B. S.; MELO, C. M. M. Aspectos metodológicos na utilização da análise de implantação na pesquisa avaliativa. IN: MELO, C. M. M.; FAGUNDES, N. C.; SANTOS, T. A. Avaliação, Metodologias no campo da saúde da formação Salvador: EDUFBA, 2012, p.127-153.

SANTOS, Silvone Santa Bárbara da Silva. **Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da Família**. 2006. 135 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia, 2006.

SANTOS, Alexandro Gesner Gomes dos. Avaliação do processo de gestão em saúde: estudo de caso em um município baiano, 2014. 156f. Mestrado (Dissertação). Universidade Estadual de Feira de Santana, 2014.

SILVA, T. O. Validação do plano de indicadores para avaliação da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Dissertação (Mestrado Profissional), 188 f. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2017.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Avaliação de serviços e programas de saúde para a tomada de decisão. In: ROCHA, A. A.; CÉSAR, C. L. G. *Saúde pública: bases conceituais*. São Paulo: Atheneu, 2008.

WERNECK, J. Saúde da população negra. Passo a passo: defesa, monitoramento e avaliação de políticas públicas. Criola. Rio de Janeiro, 2010.

YIN, R K. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. 3a Edição. Sao Paulo: Editora ARTMED, 2005

**APÊNDICE A – LISTA DE ARTIGOS PARA O ESTADO DA ARTE**

<b>Nº</b>	<b>TÍTULOS DOS ARTIGOS</b>	<b>ANO DE PUBLICAÇÃO</b>	<b>REVISTA</b>	<b>AUTORES</b>
1	<b>A participação dos atores na formulação da política de saúde da população negra na cidade de Salvador</b>	2013	Physis Revista de Saúde Coletiva	<b>Marcos Vinicius Ribeiro de Araújo; Carmen Fontes Teixeira</b>
2	<b>Controle da hipertensão arterial sistêmica na população negra no Maranhão: problemas e desafios</b>	2016	Saúde Sociedade São Paulo	<b>István Van Deursen Varga; Raimundo Luís Silva Cardoso</b>
3	<b>Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional</b>	2015	Ciência e Saúde Coletiva	<b>José Antônio Chehuen Neto; Geovane Mostaro Fonseca; Igor Vilela Brum; João Luís Carvalho Tricote dos Santos; Tamara Cristina Gomes Ferraz Rodrigues; Katia Rocha Paulino; Renato Erothildes Ferreira</b>
4	<b>Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993)</b>	2012	Estudos Feministas	<b>Mariana Santos Damasco; Marcos Chor Maio; Simone Monteiro</b>
5	<b>Aspectos diferenciais da inserção de mulheres negras no Programa Bolsa Família</b>	2013	Revista Sociedade e Estado	<b>Silvana Aparecida Mariano; Cássia Maria Carloto</b>
6	<b>O peso do corpo negro feminino no mercado da saúde: mulheres, profissionais e feministas em suas perspectivas</b>	2017	Mediações - Revista de Ciências de Ciências Sociais	<b>Rosamaria Carneiro</b>
7	<b>A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra</b>	2017	Ciência & Saúde Coletiva	<b>Deivison Faustino Mendes</b>
8	<b>Associação da cor/raça dos indicadores de saúde para idosos no Brasil: um estudo baseado na PNAD (2008)</b>	2014	Caderno de Saúde Pública	<b>Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira, Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz, Raimundo Antonio da Silva</b>

Nº	TÍTULOS DOS ARTIGOS	ANO DE PUBLICAÇÃO	REVISTA	AUTORES
9	Dilemas em saúde no Brasil: é preciso ur- rãç	2011	Cad. de Saúde Pública	Lilórá Cif. uu
	Desigualdades: sociedade e família na assistência à m. Urmidade embe plu, rperas n. s' lld: este do Bra. sil seº mi 'lló ow <b>da. pele</b>	2016	Saúde e Sociedade	S. mum e Grifo
11	Doença fúel'Or-me' pel', ectrtBs: s0bt'e iiii, s:si's ênci p. restãdla na Atenção <b>Priniália</b>	2011	Revista Online de Psicologia	Laura Xavier de Morilrr 'lag ly, Bm :t:U y, M a rian: ai BD"ullitre, a S: iqueu·a Campos: <b>Buro</b> Bru: 111. Ram Bm- ms H b jria, n Gleci: m Ahtes:
1	<u>Pe. sq Uias. e l npsi. cologia</u> soci l no campo da :s óde da p op rolaç i 'o n. egr	2011	Revista de Psicologia da L. Rel: p	Sfú & egma C nê La. ges., <b>aatia de Omel'r' ll</b> 'l a l r RS.. :S el irgm. ia dos Sm ms, fa Aureli. o S rni, a Canrallho Laura Félix Reis: J. fac-ii: el

## ANEXO 1 - PARECER DO PROJETO AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E A INTERSECÇÃO DO RACISMO SOBRE AS PRÁTICAS DE CUIDADO EM ESTADOS DO NORDESTE E SUDESTE BRASILEIRO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E A INTERSECÇÃO DO RACISMO SOBRE AS PRÁTICAS DE CUIDADO EM ESTADOS DO NORDESTE E DO SUDESTE BRASILEIRO

**Pesquisador:** Edna Maria de Araujo

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 48607315.6.1001.0053

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Feira de Santana

**Patrocinador Principal:** CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.423.346

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de pesquisa, multicêntrico no Brasil, intitulado "Avaliação da atenção à saúde da população negra e a intersecção do racismo sobre as práticas de cuidado em estados do nordeste e do sudeste brasileiro", do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES), do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), submetido à Chamada CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SGEP/DAGEP Nº 21/2014 – Saúde da População Negra no Brasil, cuja proponente e coordenadora é a Profª Drª EDNA MARIA DE ARAÚJO.

A Equipe Executora é composta por diversos pesquisadores colaboradores e bolsistas de apoio técnico em pesquisa (24). Os centros participantes, com seus respectivos responsáveis, são os seguintes: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia / Responsável: Climene Laura de Camargo; Universidade Católica do Salvador / Responsável: Eloísa Solange Magalhães Bastos; Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) / Responsável: Rosa Cândida Cordeiro; Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) / Responsável: Patrícia Lima Ferreira Santa Rosa; Fundação Universidade Federal de Sergipe / Responsável: Roberto dos Santos Lacerda.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460  
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA  
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.423.346

"Trata-se de uma pesquisa avaliativa, multicêntrica, que terá abordagem qualitativa e quantitativa, através de estratégias metodológicas múltiplas de modo a atender aos objetivos propostos. Três estados do Brasil serão cenários do estudo: na Região Nordeste, foi selecionado o estado da Bahia e Sergipe na Região Sudeste, o estado de São Paulo. Serão respeitados os princípios éticos que regem a pesquisa em seres humanos, conforme estabelece a Resolução 466/2012. Esta investigação faz-se urgente diante das disparidades raciais em saúde no Brasil, na medida em que permitirá evidenciar a dinâmica político-social que vem conformando a política de saúde da população negra na Bahia. As especificidades de implantação da política de saúde da população negra a partir desse contexto histórico; contribuirá para a produção de conhecimento em saúde e fornecerá subsídios para a elaboração de estratégias para a implantação da PNSIPN; evidenciará as práticas de cuidado em pessoas com Doença Falciforme e; possibilitará a construção e validação um instrumento de aferição de discriminação racial nos serviços de saúde brasileiros." "Será operacionalizada através de três subprojetos. [...]"

Subprojeto 1: Avaliação da implantação da Política de Saúde da População Negra na Bahia, Sergipe e São Paulo [...].

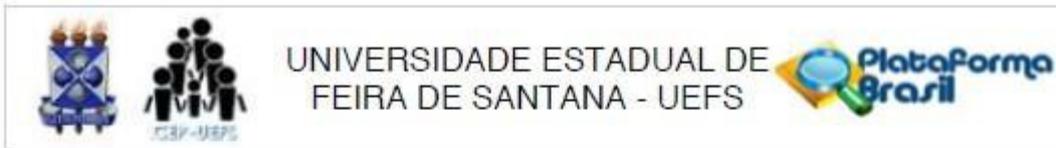
Subprojeto 2: Análise das Práticas de cuidado às pessoas com Doença Falciforme e suas Famílias [...].

Subprojeto 3: Elaboração de instrumento para mensuração de discriminação racial nos serviços de saúde brasileiros [...]. (Projeto Detalhado e Informações Básicas do Projeto/Plataforma Brasil).

**METODOLOGIA:** será de acordo com cada subprojeto. Estima-se que o Tamanho da Amostra no Brasil seja de 600 participantes, para responder à entrevista gravada. Destes, 200 Gestores e Profissionais, 200 Familiares e 200 Usuários do SUS. "Também será utilizada a observação estruturada com registro diário, como técnica complementar na coleta dos dados" (TCLE), e haverá uso de fontes secundárias de dados: relatórios de gestão; plano municipal e estadual de saúde; plano diretor de regionalização; informativos. "Os critérios de inclusão e exclusão serão definidos em cada subprojeto em razão da particularidade do objetivo de cada um, podendo ao longo da pesquisa ser modificados." (p. 29)

Apresenta Cronograma e Orçamento. A pesquisadora proponente e coordenadora do estudo tem experiência na área da pesquisa a ser desenvolvida, de acordo com o currículo lattes.

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
**Bairro:** Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460  
**UF:** BA **Município:** FEIRA DE SANTANA  
**Telefone:** (75)3161-8067 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.423.346

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

- Avaliar a atenção a saúde da população negra e a intersecção do racismo sobre as práticas de cuidado.

**Objetivos Secundários:**

Subprojeto 1: Avaliação da implantação da Política de Saúde da População Negra na Bahia, Sergipe e São Paulo.

- Analisar a influência da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra na organização da rede de atenção à saúde (implantação dos Programas de Combate ao Racismo Institucional; Atenção às Pessoas com Doença Falciforme; Inserção do quesito cor nos sistemas de informação em saúde; Ações desenvolvidas com as Religiões de Matriz Africana e com comunidades Quilombolas).

- Identificar os determinantes contextuais no processo de implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (apoio ou não dos trabalhadores da saúde e dos gestores no processo de implantação da Política; estratégias utilizadas pelos gestores e trabalhadores no processo de implantação; estrutura dos serviços de saúde).

Subprojeto 2: Análise das Práticas de cuidado às pessoas com Doença Falciforme e suas Famílias

- Analisar os sistemas de cuidar/cuidado à saúde percorrido pelas pessoas com doença falciforme e como é percebido o cuidado de enfermagem.
- Analisar as percepções e experiências em relação ao cuidado, às suas escolhas terapêuticas e à qualidade da atenção recebida.
- Avaliar rede de apoio e o suporte social das famílias no enfrentamento da DF.

Subprojeto 3: Elaboração de instrumento para mensuração de discriminação racial nos serviços de saúde brasileiros

- Construir e validar um instrumento de aferição de discriminação racial nos serviços de saúde brasileiros, a partir da perspectiva das usuárias.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460  
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA  
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.423.346

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

##### **RISCOS**

"Ressaltamos que esse estudo não oferece riscos físicos aos participantes, no entanto pode provocar constrangimento nos entrevistados por tratar de experiências que envolve racismo, discriminação e questões passíveis de censura. Para reduzir os possíveis desconfortos a coleta de dados será realizada em ambiente restrito onde possam estar presentes somente a investigadora e entrevistado, de modo a preservar a privacidade das depoentes e o caráter sigiloso de informações, zelando pela integridade e bem estar das envolvidas, atendendo à Resolução 466/12 (BRASIL, 2012)." (Informações Básicas do Projeto/Plataforma Brasil).

"Este estudo embora não lhe ofereça riscos físicos, poderá causar-lhe constrangimento ao relatar fatos de sua vida particular, ou sentir sua privacidade invadida com a presença e perguntas dos pesquisadores. Para reduzir estes riscos, seu depoimento será coletado em ambiente privativo em uma sala reservada, sem interrupções de outras pessoas e em nenhum momento seu nome será citado. Caso apresente alguma intercorrência em virtude dos relatos durante a entrevista, você será encaminhado para avaliação com a equipe multiprofissional do Centro de Referência às Pessoas com Doença Falciforme." (TCLE Adulto / Pais ou responsável por menor de 18 anos/Família)

"Caso apresente algum mal-estar ou desconforto durante a realização da entrevista será encaminhado para avaliação com psicólogo e assistente social do serviço de referência do município de coleta através de encaminhamentos realizados pelos colaboradores vinculados ao projeto." (TCLE Profissionais e Gestores)  
Diante do exposto, pergunta-se: a equipe multiprofissional do Centro de Referência às Pessoas com Doença Falciforme, bem como o psicólogo e assistente social do serviço de referência do município de coleta estão cientes disso? Aceitaram contribuir com a pesquisa? Em caso afirmativo, as declarações destes deverão ser anexadas à Plataforma Brasil, dizendo que estão cientes, que aceitam colaborar com a pesquisa e a cumprir a Resolução 466/12.

##### **BENEFÍCIOS**

"O benefício para os entrevistados será a oportunidade de refletir sobre a implantação da PNSIPN

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460  
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA  
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.423.346

no Estado da Bahia, não somente na dimensão do acesso às ações e serviços de saúde, como também na dimensão de gestão, do ensino e da pesquisa" (Informações Básicas do Projeto/Plataforma Brasil)

"Os possíveis benefícios estarão relacionados a um maior conhecimento dos profissionais de saúde para a organização de recursos para melhorar às práticas de cuidado à população negra." (TCLE Adulto)

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto possui relevância acadêmica e social, com viabilidade ética. As pesquisadoras demonstram compromisso com os elementos preconizados na resolução 466/2012, com destaque para a garantia do anonimato e retorno dos resultados aos participantes.

A pesquisadora esclarece que a equipe multiprofissional esta sob responsabilidade de Luciana Souza Lima Brito, a qual se compromete através da declaração a prestar assistência aos participantes da pesquisa que demandarem assistência devido a sua participação na pesquisa.

Sobre a participação da UNEB como instituição co-participante, a pesquisadora anexou a declaração do pesquisador responsável Luciana de Araujo Pereira cujo nome está incluído na lista de pesquisadores responsáveis. Ressaltamos a importância de cadastrar esta instituição (UNEB) na plataforma Brasil. Entendendo a relevância da pesquisa, acreditamos que essa ausência do preenchimento não inviabiliza a execução da pesquisa, uma vez que se apresentou documentos comprobatórios.

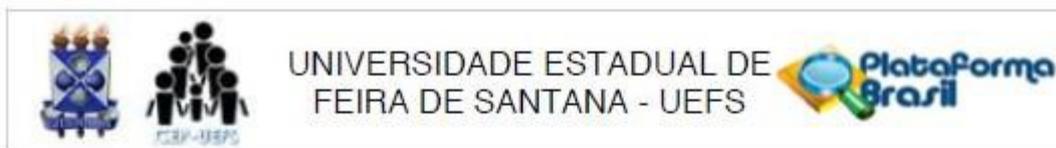
**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta os documentos em conformidade com a Resolução 466/12.

**Recomendações:**

Acrescentar no TALE o endereço e contato institucional das pesquisadoras, para dúvidas sobre a pesquisa. E para dúvidas do ponto de vista ético acrescentar o contato do CEP/UEFS. Com relação ao TCLE, se não conseguir mantê-lo em uma folha, a assinatura dos pesquisadores e participantes devem vir nas duas folhas e estas devem ser numeradas 1/2 e 2/2.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460  
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA  
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.423.346

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

Após o atendimento das pendências, o Projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 (CNS).

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12. Relembro que conforme institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_564838.pdf	19/01/2016 00:06:14		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaoinsercaodocente.jpg	19/01/2016 00:05:25	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoFSA.jpg	19/01/2016 00:04:34	Edna Maria de Araujo	Aceito
Outros	TALE.jpg	19/01/2016 00:01:28	Edna Maria de Araujo	Aceito
Outros	TCLE2.jpg	19/01/2016 00:00:32	Edna Maria de Araujo	Aceito
Outros	TCLE.jpg	18/01/2016 23:59:32	Edna Maria de Araujo	Aceito
Outros	CartaCEP2.jpg	18/01/2016 23:57:42	Edna Maria de Araujo	Aceito
Outros	CartaCEP1.jpg	18/01/2016 23:55:16	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SSA2.pdf	17/11/2015 17:57:34	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SAJ.jpg	17/11/2015 17:55:13	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Instituição e	FSA.jpg	17/11/2015 17:54:45	Edna Maria de Araujo	Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEMS  
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460  
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA  
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.423.346

Infraestrutura	FSA.jpg	17/11/2015 17:54:45	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DPEDRO.jpg	17/11/2015 17:54:21	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SSA.pdf	17/11/2015 17:54:03	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AFADFAL.jpg	17/11/2015 17:51:07	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ABADFAL.JPG	17/11/2015 17:50:34	Edna Maria de Araujo	Aceito
Outros	RosaUFRB.pdf	17/11/2015 17:50:04	Edna Maria de Araujo	Aceito
Outros	RobertoUFS.pdf	17/11/2015 17:49:25	Edna Maria de Araujo	Aceito
Outros	PatriciaUSP.pdf	17/11/2015 17:48:41	Edna Maria de Araujo	Aceito
Outros	LucianaUNEB.pdf	17/11/2015 17:48:00	Edna Maria de Araujo	Aceito
Outros	IonaraUFS.pdf	17/11/2015 17:45:38	Edna Maria de Araujo	Aceito
Outros	EloisaUCSal.pdf	17/11/2015 17:44:26	Edna Maria de Araujo	Aceito
Outros	ClimeneEEUFBA.pdf	17/11/2015 17:43:41	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoLucianaUNEB.jpg	17/11/2015 17:41:13	Edna Maria de Araujo	Aceito
Outros	Roteiroprofissionais.doc	17/11/2015 17:39:51	Edna Maria de Araujo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TASSENTIMENTO.pdf	17/11/2015 17:38:32	Edna Maria de Araujo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEatualizado.doc	17/11/2015 17:38:14	Edna Maria de Araujo	Aceito
Outros	Carta.pdf	17/11/2015 17:37:51	Edna Maria de Araujo	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostofinal.pdf	26/08/2015 09:45:17	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao2.jpg	20/08/2015 15:09:26	Edna Maria de Araujo	Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460  
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA  
 Telefone: (75)3161-8067

E-mail: cep@uefs.br

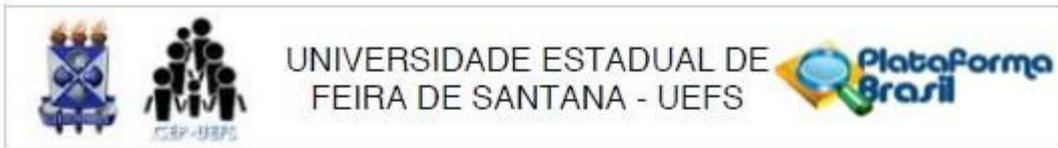


Continuação do Parecer: 1.423.346

Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.jpg	20/08/2015 15:08:56	Edna Maria de Araujo	Aceito
Outros	Roteirodeentrevistacomosprofissionais.doc	20/08/2015 15:02:31	Edna Maria de Araujo	Aceito
Outros	RoteirodaentrevistaFamiliaratualizado.doc	20/08/2015 15:02:06	Edna Maria de Araujo	Aceito
Outros	Roteirodaentrevistaadoecidos.doc	20/08/2015 15:01:40	Edna Maria de Araujo	Aceito
Outros	RESOLUCAOCONSEPE.jpg	20/08/2015 15:01:11	Edna Maria de Araujo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoCORRETO.doc	20/08/2015 15:00:30	Edna Maria de Araujo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEP.pdf	20/08/2015 15:00:07	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Ionara.jpg	20/08/2015 14:41:42	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Alessandra.pdf	20/08/2015 14:32:57	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Georgia.jpg	20/08/2015 14:32:40	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Eula.pdf	20/08/2015 14:32:11	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	MariaJosimeire.pdf	20/08/2015 14:31:50	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Rosa.pdf	20/08/2015 14:31:28	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Climene.jpeg	20/08/2015 14:30:18	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Roberto.docx	20/08/2015 14:29:34	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Djanilson.jpeg	20/08/2015 14:29:09	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Silvia.docx	20/08/2015 14:28:38	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	MariaCandida.pdf	20/08/2015 14:27:27	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Luciana.pdf	20/08/2015 14:26:55	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Denize.pdf	20/08/2015 14:26:27	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	gilmar.pdf	20/08/2015 14:26:09	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de	Silvia.pdf	20/08/2015	Edna Maria de	Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460  
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA  
 Telefone: (75)3161-8067

E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.423.346

Pesquisadores	Silvia.pdf	14:25:43	Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	AnaLuiza.pdf	20/08/2015 14:24:32	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Eloisa.jpg	20/08/2015 14:24:13	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	PatriciaSantaRosa.jpg	20/08/2015 14:23:49	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Aline.pdf	20/08/2015 14:19:57	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Luciano.pdf	20/08/2015 14:19:40	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Silvone.pdf	20/08/2015 14:19:19	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Evanilda.pdf	20/08/2015 14:18:57	Edna Maria de Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Edna.jpg	20/08/2015 14:18:36	Edna Maria de Araujo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 24 de Fevereiro de 2016

---

Assinado por:  
Pollyana Pereira Portela  
(Coordenador)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460  
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA  
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br

## ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, professora Dr<sup>a</sup> Edna Maria de Araújo, professora Dr.<sup>a</sup> Silvone Santa Bárbara da Silva Santos, pesquisadoras responsáveis, a bolsista de iniciação científica Alycia Nascimento Silva do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana, o graduado em Enfermagem Endric Passos Matos e o mestrando Arturo Mairena Rojas convidamos o (a) senhor(a) para participar como informante chave do estudo: **AValiação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) NA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E AÇÕES DESENVOLVIDAS COM AS RELIGIÕES DE MATRIZ AFRICANA E COMUNIDADES QUILOMBOLAS**, com objetivo de: Analisar a influência da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra na organização da rede de atenção à saúde e ações desenvolvidas para as Religiões de Matriz Africana e Comunidades Quilombolas. Este estudo tem importância social e política, pois poderá avaliar o quanto a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra tem contribuído para fortalecer as Religiões de Matriz Africana e Comunidades Quilombolas no desenvolvimento de ações de saúde. Para tanto será utilizada a técnica de entrevista, com perguntas abertas e fechadas. Se o (a) senhor(a) consentir, sua entrevista será gravada e após a entrevista o (a) senhor(a) poderá solicitar para ouvir a gravação e retirar e/ou acrescentar quaisquer informações. Assim, pretendemos realizar as entrevistas em sala reservada, especificamente, para este fim. Será assegurado o seu anonimato, buscando respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural. Todo material coletado será armazenado no Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES), pelo período de cinco anos, sendo deletado e descartado após esse período. Os possíveis riscos estão relacionados ao constrangimento em responder alguma questão, sendo que você terá o direito de não respondê-las, sem que seja submetido (a) a qualquer tipo de penalização, bem como, será respeitado o direito de desistência da pesquisa em qualquer fase de seu desenvolvimento, conforme estabelece a Resolução 466/2012. O (a) senhor(a) ainda corre o risco de ser identificado (a), entretanto, para evitar essa situação não se fará menção ao nome do centro e/ou terreno, além disso, as entrevistas serão diferenciadas por siglas e números. O (a) senhor(a) não será remunerado (a) pela participação neste estudo e nem será responsabilizado (a) pelos custos de operacionalização. As despesas do estudo serão de responsabilidade das pesquisadoras. A pesquisa acima referida é vinculada a uma pesquisa maior intitulada Avaliação da Atenção à Saúde da População Negra e a Intersecção do Racismo sobre as Práticas de Cuidado em Estados do Nordeste e do Sudeste Brasileiro financiada pelo CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SGEP/DAGEP N<sup>o</sup> 21/2014 cuja responsabilidade de execução é do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde – NUDES da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia. Os resultados serão utilizados, somente, para fins científicos, que serão publicados em revistas científicas e eventos de caráter nacional e internacional. Em caso, comprovado de dano imediato ou tardio decorrente desta pesquisa, o (a) senhor (a) terá a garantia de indenização e em caso de gasto terá garantia de ressarcimento. Quando houver necessidade de esclarecimento ou desistência em participar da pesquisa, os pesquisadores poderão ser encontrados no NUDES (Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde), e pelo telefone (75) 3161-8469. Caso o senhor (a) deseje obter maiores informações sobre questões éticas da pesquisa poderá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UEFS através do telefone (75) 3161-8067 ou através do email: [cep@uefs.br](mailto:cep@uefs.br). Após a defesa da pesquisa o(a) senhor(a) terá a devolutiva sobre as conclusões do estudo por meio da defesa pública da dissertação ou por arquivo digital. Sendo assim, caso concorde em participar voluntariamente desta pesquisa, assine este termo de consentimento em duas vias, ficando com uma cópia do mesmo e outra com os pesquisadores, salientando que o termo de consentimento poderá ser encaminhado online com a assinatura digital do entrevistado e do pesquisador responsável.

Feira de Santana, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado (a)

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Silvone Santa Bárbara da Silva Santos  
(Pesquisadora responsável)

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Edna Maria de Araújo  
(Pesquisadora responsável)

\_\_\_\_\_  
Arturo Mairena Rojas  
(Mestrando em Saúde Coletiva)

## ANEXO 3 - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA GESTORES E TRABALHADORES DA REDE DE SERVIÇOS DO SUS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS)  
 Departamento de Saúde (DSAU)  
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC)  
 Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES)



### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevistador:      N° entrevista:

Data:              Hora do início:      Hora do término:

Idade: Sexo: 1 ( ) Masculino      2 ( ) Feminino

Raça/ Cor: 1 ( ) Branca      2 ( ) Preta      3 ( ) Parda      4 ( ) Amarela      5 ( ) Indígena

Função na comunidade:

Município/localidade do terreiro:

Grau de Instrução:

- |                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1 ( ) Ensino Fundamental completo | 2 ( ) Ensino Fundamental incompleto |
| 3 ( ) Ensino Médio completo       | 4 ( ) Ensino Médio incompleto       |
| 5 ( ) Ensino Superior completo    | 6 ( ) Ensino Superior Incompleto    |
| 7 ( ) Pós Graduação completa      | 8 ( ) Pós Graduação incompleta      |

Formação:

- 1 ( ) Médico    2 ( ) Enfermeiro    3 ( ) Técnico de Enfermagem    4 ( ) Assistente Social  
 5 ( ) Odontólogo    6 ( ) Nutricionista    7 ( ) Agente Comunitário de Saúde  
 8 ( ) Outra Qual?

Instituição em que se formou: 1 ( ) Privada    2 ( ) Pública    Ano de conclusão:

Há quanto tempo trabalha na profissão?

1. ( ) Inferior a 01 ano      2. ( ) 01 ano      3. ( ) 02 anos      4. ( ) 03 anos  
 5. ( ) 04 anos      6. ( ) 05 anos      7. ( ) Acima de 05 anos



1. Quais são as principais causas de adoecimento e mortalidade na população negra?

- As notificações são feitas considerando raça/cor das pessoas?

2. Como são desenvolvidas as ações de promoção à saúde e prevenção de danos e agravos à saúde da população negra? (Rede cegonha [não traz o recorte da raça/cor], Comitê de Mortalidade Materna/Neonatal/Infantil, Atendimento das pessoas com Doença Falciforme, Sistema prisional)

3. Que facilidades são encontradas para desenvolver estas ações de saúde para a população negra?

- Me fale sobre as estratégias que você utiliza para reforçar as facilidades

4. Que dificuldades são encontradas para desenvolver estas ações de saúde para a população negra?

- Me fale sobre as estratégias que você utiliza para superar as dificuldades

5. Fale o que você sabe sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

- Que apoio é dado às mulheres e homens negros
- Que apoio é dado as vítimas de violência
- Que apoio é dado ao idoso
- Que apoio é dado à criança
- Que apoio é dado à população LGBTTI

6. Como você avalia essa Política?

7. Sugira algo que possa melhorar a implementação dessa Política

## ANEXO 4 - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COMUNIDADE REMANESCENTE QUILOMBOLA E MORADORES DE COMUNIDADE TRADICIONAL DE MATRIZ AFRICANA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS)  
 Departamento de Saúde (DSAU)  
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC)  
 Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES)



### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevistador:      N° entrevista:

Data:              Hora do início:      Hora do término:

Idade: Sexo: 1 ( ) Masculino      2 ( ) Feminino

Raça/ Cor: 1 ( ) Branca      2 ( ) Preta      3 ( ) Parda      4 ( ) Amarela      5 ( ) Indígena

Função na comunidade:

Município/localidade do terreiro:

Grau de Instrução:

- |                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1 ( ) Ensino Fundamental completo | 2 ( ) Ensino Fundamental incompleto |
| 3 ( ) Ensino Médio completo       | 4 ( ) Ensino Médio incompleto       |
| 5 ( ) Ensino Superior completo    | 6 ( ) Ensino Superior Incompleto    |
| 7 ( ) Pós Graduação completa      | 8 ( ) Pós Graduação incompleta      |

Formação:

- 1 ( ) Médico    2 ( ) Enfermeiro    3 ( ) Técnico de Enfermagem    4 ( ) Assistente Social  
 5 ( ) Odontólogo    6 ( ) Nutricionista    7 ( ) Agente Comunitário de Saúde  
 8 ( ) Outra Qual?

Instituição em que se formou: 1 ( ) Privada    2 ( ) Pública    Ano de conclusão:

Há quanto tempo trabalha na profissão?

1. ( ) Inferior a 01 ano      2. ( ) 01 ano      3. ( ) 02 anos      4. ( ) 03 anos  
 5. ( ) 04 anos      6. ( ) 05 anos      7. ( ) Acima de 05 anos



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS)  
Departamento de Saúde (DSAU)  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC)  
Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES)



## ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Me fale sobre os problemas de saúde da sua comunidade.
  
2. Como são resolvidos os problemas de saúde das pessoas que frequentam o terreiro?
  - 2.1. Quais são os problemas de saúde que mais levam as pessoas a buscarem cuidado em saúde no terreiro?
  - 2.2. Em que situação alguém precisou buscar cuidado em saúde fora do terreiro e como se deu esse atendimento?
  
3. Nos últimos anos a (o) Sra. (Sr.) tem percebido alguma mudança na oferta dos serviços de saúde das pessoas daqui da comunidade?
  - 3.1. Se sim, o que mudou/o que você percebeu?
  
4. A (o) Sra. (Sr.) notou alguma prática de cuidado/serviço de saúde/assistência nova para as pessoas negras nos serviços públicos de saúde?
  
5. O que a (o) Sra. (Sr.) ouviu falar sobre a Política de Saúde para a População Negra?
  
6. Sugira algo que possa melhorar a assistência/cuidado à saúde das pessoas negras da comunidade.