



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

ARTURO MAIRENA ROJAS

ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE
INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA EM MUNICÍPIO BAIANO

FEIRA DE SANTANA – BA

2019

ARTURO MAIRENA ROJAS

ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE
INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA EM MUNICÍPIO BAIANO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Mestrado Acadêmico da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como requisito para obtenção de 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 – BA

2019

DECLARAÇÃO DE DEFESA

ARTURO MAIRENA ROJAS

ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA EM MUNICÍPIO BAIANO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde, linha de pesquisa Planejamento, Gestão e Políticas de Saúde.

Feira de Santana, BA-Brasil, 27 de fevereiro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Silvone Santa Barbara da Silva – Orientadora
Universidade Estadual de Feira de Santana

Profa. Dra. Denize Ribeiro de Almeida
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof. Dr. Deybson Borba de Almeida
Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof. Dr. Gilberto Tadeu Reis da Silva (suplente)
Universidade Federal da Bahia

Profa. Dra. Tatiane de Oliveira Silva Alencar (suplente)
Universidade Estadual de Feira de Santana

Ao meu irmão Isaac

ROJAS, Arturo Mairena. ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA EM MUNICÍPIO BAIANO. 2019. 103 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana. 2019.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) em município do estado da Bahia, a partir das dimensões de análise “gestão” e “acesso às ações e serviços de saúde”, propostas no modelo lógico para avaliação da política, criado por Santos e Silva (2017), e o plano de indicadores validado por Silva (2017). Adotamos como conceitos-guia: o conceito de políticas de saúde, definido por Paim (2003); o de políticas afirmativas, proposto por Haas e Linhares (2012); e o conceito de análise de implantação, elaborado por Dennis e Champagne (1997). A metodologia que conduziu esta pesquisa é um recorte de um projeto maior 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”, especificamente do subprojeto 1: “Avaliação da implantação da PNSIPN na Bahia, Sergipe e São Paulo”. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, através de um estudo de caso único de um município do estado da Bahia, com abordagem qualitativa, utilizando o referencial teórico do Modelo Político para análise da implantação. Os participantes foram estratificados de acordo com os seguintes grupos: gestores, trabalhadores de saúde, e lideranças da população negra. A coleta de dados aconteceu por meio de entrevistas semiestruturadas conforme roteiros definidos por grupo. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, salvaguardando a identificação dos atores, conforme assinado no termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). O material coletado foi reconfigurado e submetido à análise lexical pelo *software* Iramuteq, para exame da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), o que gerou um dendograma para cada grupo de atores e as respectivas classes, nomeados com base nas dimensões de análise para avaliação da implantação da política. Seguidamente, foi empregada a análise de conteúdo temático, resgatando os recortes de fala para fundamentar a interpretação dos dendogramas. Também utilizamos enunciações avaliativas, emitidas pelos atores, para direcionar a avaliação de cada dimensão da PNSIPN, atribuindo um dos quatro conceitos possíveis, segundo a convergência com as premissas preestabelecidas no plano de indicadores: muito bom, bom, regular e ruim. Os achados evidenciaram o importante papel dos movimentos sociais no reconhecimento da grande dívida histórica para com a população negra; que existem barreiras para o controle social e a falta de incentivo político para que as lideranças negras possam ocupar os espaços de poder e tomada de decisão, não agregando valor para implantação da política. As enunciações avaliativas revelaram que, tanto na dimensão da “Gestão” quanto na do “Acesso às ações e serviços de saúde”, há constrangimentos para implantação da política, principalmente no que se refere às demandas da população, que continuam desatendidas. Dessa forma, este estudo aponta que a PNSIPN não se encontra implantada no município, tendo forte influência do contexto organizacional e político.

Palavras-chave: Avaliação; Análise de Implantação; Políticas de Saúde; Políticas Afirmativas; Saúde da População Negra.

ROJAS, Arturo Mairena. ANALYSIS OF THE IMPLEMENTATION OF THE NATIONAL POLICY OF INTEGRAL HEALTH OF THE BLACK POPULATION IN BAHIA MUNICIPALITY. 2019. 103 f. Dissertation (Master's Degree in Public Health). Graduate Program in Collective Health of the State University of Feira de Santana. 2019.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the implantation of the National Policy of Integral Health for Black Population (NPIHBP) in a city of state of Bahia, based on the "management" and "access to health actions and services" analysis dimensions proposed in the logic model by Santos & Silva (2017) and the indicators plan validated by Silva (2017). We adopt as guiding concepts: the concept of health policies defined by Paim (2003); or of affirmative policies proposed by Haas and Linhares (2012); and the concept of implantation analysis elaborated by Dennis and Champagne (1997). The methodology that led to this research is a cut of a larger project titled "Evaluation of health care of the black population and the intersection of racism on care practices in Northeastern and Southeastern Brazilian states", specifically of subproject 1: "Evaluation of the implementation of the PNSIPN in Bahia, Sergipe and São Paulo." This is an evaluative research, through a unique case study of a municipality of the state of Bahia, with a qualitative approach using the theoretical reference of the Political Model for analysis of the implantation. Participants were stratified according to the following groups: managers, health workers and leaders of the black population. Data collection took place through semi-structured interviews according to group-defined roadmaps. The interviews were recorded and transcribed in full, safeguarding the identification of the actors as signed in the informed consent form. The collected material was reconfigured and submitted to lexical analysis by the Iramuteq software, for analysis of the Descending Hierarchical Classification (CHD), which generated a dendrogram for each group of actors and the respective classes, named based on the analysis dimensions for implantation evaluation of politics. Next, thematic content analysis was used, rescuing the speech clippings to support the interpretation of dendograms. We also use evaluative statements issued by the actors to direct the evaluation of each dimension of the PNSIPN, assigning one of the four possible concepts according to the convergence with the pre-established premises in the indicator plan: very good, good, fair and poor. The findings evidenced the important role of social movements in the recognition of the great historical debt to the black population; there are barriers to social control and the lack of political incentive so that black leaders can occupy the spaces of power and decision making without adding value to the implementation of the policy. The evaluative statements revealed that both in the dimension of "Management" and in the dimension of "Access to health actions and services" constraints for implementation of the policy, especially regarding the demands of the population, which remain unattended. Thus, this study points out that the PNSIPN is not located in the municipality, having a strong influence of the organizational and political context.

Keywords: Evaluation; Implantation Analysis; Health Policies; Affirmative Policies; Black Populations Health

LISTA DE SIGLAS

ABPN	Associação Brasileira de Pesquisadores Negros
ACS	Agente Comunitário de Saúde
BA	Bahia
CAPES	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DANT	Doenças Não Transmissíveis
DIU	Dispositivo Intrauterino
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EqSF	Equipe de Saúde da Família
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
HIV/AIDS Syndrome	Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immunodeficiency Syndrome
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSP	Instituto Nacional de Saúde Pública
IRAMUTEQ	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
ITS	Infecções de Transmissão Sexual
LGTBI	Lésbicas, Gays, Transexuais, Bissexuais, Intersexuais
MN	Movimento Negro
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEST-SE.	Núcleo Estratégico do Estado de Sergipe
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PSF	Posto de Saúde da Família
SSA	Salvador de Bahia

SEPPIR	Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SGEP-MS	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde
SIM	Sistema de informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Informação
SUS	Sistema Único de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo lógico para avaliação da implantação da PNSIPN proposto por Santos e Silva, 2017.....	29
Figura 2 - Análises textuais com CHD, segundo grupo de atores e porcentagem de aproveitamento do <i>corpus</i> textual.....	32
Figura 3 - CHD das falas dos gestores sobre a avaliação da implantação da PNSIPN.....	36
Figura 4 - CHD das falas dos trabalhadores de saúde sobre a avaliação da implantação da PNSIPN.....	40
Figura 5 - CHD das falas dos trabalhadores de saúde sobre a avaliação da implantação da PNSIPN.....	43
Figura 6 - Convergências, divergências e complementaridades entre os atores da implantação da PNSIPN no município caso.....	48

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Resultado final da avaliação do processo de implantação da PNSIPN no município caso, com base nas dimensões de análise. Bahia, 2019.	65
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Características dos participantes do estudo segundo grupo de atores, Salvador-Ba, 2018.	26
Quadro 2 - Planilha para análises das entrevistas	32
Quadro 3 - Planilha para Enunciação Avaliativa	33
Quadro 4 - Descrições, termos avaliativos e resultados da avaliação pertinentes à gestão e associados ao tema central “Sistema de Informação”.	50
Quadro 5 - Descrições, termos avaliativos e resultados da avaliação, pertinentes à gestão e associados ao tema central “Instância de Promoção de Equidade em Saúde”.	53
Quadro 6 - Balanço geral dos conceitos alcançados na dimensão da gestão segundo os resultados da avaliação.	55
Quadro 7 - Descrições, termos avaliativos e resultados da avaliação pertinentes ao acesso às ações e serviços de saúde, e associados ao tema central “Atenção à Saúde da Mulher e Criança”.	57
Quadro 8 - Descrições, termos avaliativos e resultados da avaliação pertinentes ao acesso às ações e serviços de saúde, e associados ao tema central “Vigilância às Violências”.	60
Quadro 9 – Descrições, termos avaliativos e resultados da avaliação pertinentes ao acesso às ações e serviços de saúde, e associados ao tema central “Acesso a Serviços Especiais”.	61
Quadro 10 – Balanço geral dos conceitos alcançados na dimensão do acesso às ações e serviços de saúde, segundo os resultados da avaliação.	64

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DA EQUIDADE: O CASO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA	19
2.2 ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO: O MODELO POLÍTICO	22
3 METODOLOGIA	24
3.1 TIPO DE ESTUDO	24
3.2 LOCAL DO ESTUDO	24
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	25
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DOS ACHADOS	27
3.5 ANÁLISE DOS ACHADOS	28
3.5.1 Análise Lexical e Análise de Conteúdo Temática	30
3.5.2 Enunciações Avaliativas	33
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	34
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
4.1 SUPORTE DADO PELOS AGENTES DA INTERVENÇÃO PARA A IMPLANTAÇÃO DA PNSIPN NO MUNICÍPIO	35
4.1.1 Gestores	35
4.1.2 Trabalhadores de Saúde	40
4.1.3 Lideranças	43
4.1.4 Atores (Des)Favoráveis à Implantação da PNSIPN	48
4.2 ENUNCIÇÕES AVALIATIVAS SOBRE A IMPLANTAÇÃO DA PNSIPN NUM MUNICÍPIO DA BAHIA	50
4.2.1 Dimensão da Gestão	50
4.2.2 Dimensão do Acesso às Ações e Serviços de Saúde	56
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
6 REFERÊNCIAS	68
7 APÊNDICES	73
7.1 LISTA DE TEXTOS SELECIONADOS NO ESTADO DA ARTE	73
7.2 PROCESSO DE LEMATIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS PARA USO DO SOFTWARE IRAMUTEQ	75
8 ANEXOS	76

8.1 ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA GESTORES E TRABALHADORES DA REDE DE SERVIÇOS DO SUS	76
8.2 ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA LIDERANÇAS DA POPULAÇÃO NEGRA	78
8.3 PLANO DE INDICADORES QUALITATIVOS VALIDADOS PARA AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA PNSIPN NAS DIMENSÕES DE GESTÃO E ACESSO AS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE	79
8.4 CRITÉRIOS PARA ATRIBUIÇÃO DOS CONCEITOS ÀS ENUNCIACÕES AVALIATIVAS	82
8.5 FAIXAS DE PONTUAÇÃO UTILIZADAS PARA CONSOLIDAÇÃO DOS CONCEITOS ATRIBUÍDOS AOS TEMAS CENTRAIS E DIMENSÕES DE ANÁLISE.	83
8.6 PARECER DO PROJETO MAIOR DE AVALIAÇÃO DA PNSIPN	84
8.7 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	93

APRESENTAÇÃO

Ao realizarmos este estudo, partimos da necessidade de preencher uma lacuna de conhecimento, evidenciada na construção do estado da arte (APÊNDICE 7.1), no que diz respeito ao monitoramento e avaliação das políticas públicas na saúde, especificamente das políticas afirmativas no Brasil, como é a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), visto que, segundo vários estudos consultados, o ciclo da política está inconcluso (LÓPEZ, 2012; BATISTA, MONTEIRO, MENDEIROS, 2013; CHEHUEN NETO et al., 2015; MONTEIRO, 2016; VIEGAS, VARGA, 2016).

Trata-se, então, de um 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”, subprojeto 1 - Avaliação da Implantação da PNSIPN na Bahia, Sergipe e São Paulo.

Dessa forma, apresentamos a contextualização do objeto de estudo, destacando a sua relevância e importância social, assim como os motivos que nos levaram a incursionar nesta problemática, sem desprezar as limitações e particularidades que fizeram parte da sua construção; seguidamente, apresentaremos o referencial teórico, a metodologia, resultados e discussão, e as considerações finais desta pesquisa.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Na sociedade brasileira prevalece, ainda hoje, uma realidade que reproduz, de maneira injusta, modos e condições de vida diferentes entre seus habitantes. Situação que se expressa nos indicadores sociodemográficos de saúde, mostrando como a questão da raça-cor tem uma forte relação com a estratificação social. Daí que, as condições de vida e trabalho das pessoas da parcela menos favorecida da população, na sua maioria composta por homens e mulheres negras, tem consequências diretas e bem diferenciadas sobre a forma em que elas adoecem e morrem (BATISTA, WERNECK e LOPES, 2012).

Esse debate sugere a desconfiguração de concepções que defendem a ideia de uma “democratização racial” no país. Em contraste, estudos tem demonstrado que o racismo está por trás da pobreza, da desigualdade e da intolerância da sociedade em lidar com a pluralidade, motivo suficiente para se pensar na implementação de ações afirmativas para reivindicar os direitos, a participação e o reconhecimento social das pessoas negras. (MAIO, MONTEIRO, 2005; GRANDI, DIAS, GLIMM, 2013; MONTEIRO, 2016; FAUSTINO, 2017).

Ainda chamam a atenção, no Brasil, as mudanças na autodeterminação de raça-cor dos últimos 20 anos. Se considerarmos os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para o ano 2000 e 2010, é possível percebermos, no censo mais recente, um aumento da proporção de pessoas que se autodeterminaram negras, equivalente a 50,94% da população brasileira, frente a 47,51% de pessoas que se autodeterminaram brancas, quando comparada com a proporção da pesquisa nacional anterior, na qual apenas 44,67% se declarou de raça negra, frente ao 53,75% que se assumiu de raça branca (SES-SE, 2016).

Uma possível explicação desse panorama pode ser a desconstrução de velhos e arraigados preconceitos sobre o reconhecimento do negro na sociedade brasileira, com a colocação na agenda política de importantes debates que culminaram com a identificação de necessidades não resolvidas no atendimento às demandas da população negra, como foi a inserção do quesito raça-cor nos sistemas de informação nacional e o respeito às práticas culturais de pertencimento das comunidades negras.

Assim foi criada, há mais de 10 anos, uma política nacional em resposta às lutas

do movimento negro, dentro e fora do país, com o objetivo de tornar visíveis os injustos processos sociais, econômicos e culturais que resultaram em desigualdades que afetam a população negra em todas as esferas da vida, como acontece na atenção e no acesso à saúde.

Por conseguinte, o Ministério da Saúde (MS), na sua função de ente gestor, deu os primeiros passos na correção de barreiras e práticas que prejudicam a saúde de homens e mulheres negras, através da publicação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), no Sistema Único de Saúde (SUS), a qual tem como um dos seus princípios essenciais o combate ao racismo institucional, definido por alguns autores como:

[...]o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude da 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 da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas. 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 (BATISTA; WERNECK; LOPES, 2012, p.26).

Outro dos eixos principais da PNSIPN é a busca de uma atenção oportuna e de qualidade daqueles agravos prevalentes na população negra, “que inclui não apenas a prevenção e assistência à saúde, mas fundamentalmente a defesa da implementação plena do Sistema Único de Saúde” (NEST/SE, 2016). Sendo assim, a PNSIPN não se contrapõe ao princípio da universalidade, como alguns acreditam, e, sim, se constitui como uma ferramenta capaz de enfrentar as iniquidades raciais em consonância com a busca pela universalização do direito à saúde. Sendo que “a própria Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN, em sua perspectiva de transversalidade, depende unilateralmente do fortalecimento progressivo do Sistema Único de Saúde para se viabilizar” (MENDES, 2017, p.3838).

Dessa forma, nossa pesquisa representa uma via para a avaliação de ações afirmativas de combate ao racismo, com o intuito de “enxergar melhor”, e de forma particular, a influência do contexto no processo de implantação da PNSIPN, a partir da visão dos atores que potencialmente participam do processo de implantação da política.

Importante destacar que nosso estudo é um recorte do projeto denominado: “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”, cuja

responsabilidade de execução é do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES) e do Núcleo de Estudos em Gestão, Políticas, Tecnologias e Segurança na Saúde (GESTIO), da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Trata-se de um estudo multicêntrico, situado em diversas instituições de ensino superior na Região Nordeste (Bahia e Sergipe), e na Região Sudeste (São Paulo), contando com a parceria de vários pesquisadores e profissionais inseridos nas diversas redes de atenção do SUS.

Esse grande projeto tem sido operacionalizado através de três subprojetos: 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. Desse modo, o presente estudo encontra-se inserido no primeiro subprojeto, tendo como principal enfoque a construção de conhecimento que permita fornecer insumos para a tomada de decisão, e que traduza em possíveis mudanças na organização da atenção à saúde das pessoas negras.

Cabe salientar que a minha participação no projeto aconteceu depois de ter algumas reuniões com a Professora Doutora Silvone Santa Bárbara, a qual coordenou o subprojeto 1, já referido anteriormente. Nesse momento, foi importante refletir, em primeira instância, sobre a minha trajetória como estudante de enfermagem e, especificamente, do momento em que realizei um estágio de atualização no curso “Diplomado em Saúde Global”, oferecido pelo programa de Saúde Pública do Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP), no México. Oportunidade que me permitiu aprofundar na temática dos determinantes sociais da saúde, entendendo que o racismo, como determinante estrutural, é gerador de iniquidades.

Por sua vez, minha experiência profissional, nos diversos campos da enfermagem, me levou ao entendimento de uma realidade social que valoriza de forma desigual aos grupos populacionais, deixando relegadas à miséria e ao sofrimento certas parcelas da população. No caso do meu país, a Costa Rica, hoje eu posso perceber o quanto que a sociedade é racista; que os negros residem nos locais com menor índice de desenvolvimento e os maiores índices de violência, juntamente com a população migrante, que vem principalmente da Nicarágua para ocupar os piores postos de trabalho e, ainda, em condições precárias.

Como estudante estrangeiro, considero esta uma experiência enriquecedora e de

muito aprendido na compreensão de importantes processos sociais vivenciados no Brasil, como foi o período da escravidão, as principais reformas sociais e luta pelos direitos da cidadania e, finalmente, o reconhecimento do racismo como um determinante social que afeta as condições de vida e de saúde de grupos específicos. Ao mesmo tempo, este trabalho constituiu um insumo fundamental para me tornar mais sensível e ciente do caminho que ainda precisamos percorrer como profissionais da saúde e, no meu caso, como futuro docente e pesquisador.

Para tanto, a seguinte pergunta de pesquisa norteou este estudo:

- Como tem sido implantada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em um município Baiano?

Sendo definido o seguinte objetivo, para responder a pergunta de investigação:

- Analisar a implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em um município Baiano.

É importante salientar que o projeto maior, ao qual pertence esta pesquisa, contou com os recursos orçamentários, e materiais para o desenvolvimento das atividades programadas, já que ele foi financiado pelo CNPq / MS / SCTIE / DECIT / SGEP / DAGEP. Assim mesmo, fui beneficiado com uma bolsa do Programa de Demanda Social da CAPES, o qual permitiu viabilidade financeira e estrutural para o cumprimento do objetivo proposto.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DA EQUIDADE: O CASO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

Na arte, assim como na política, confluem aspectos que configuram espaços, por vezes fechados, do entendimento da nossa vida em sociedade. A arte de governar capitaliza as demandas e necessidades dos indivíduos, de forma a manter certa ordem hegemônica, elitizada e classista. Os mecanismos de controle, por sua vez, tem o poder de transgredir esses espaços para torná-los em campos de luta e resistência. Para isto, é preciso compreender o que sabemos sobre a gênese das políticas públicas, visto que é uma área de intervenção social capaz de transformar a realidade, e de alcançar a garantia dos direitos sociais, como é o direito à saúde, preconizado na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Para Boneti (2007), as políticas públicas encontram-se carregadas de complexidade na sua formulação e operacionalização. Complexidade relacionada, por uma parte, à questão dos deveres legais que tem o Estado para com o cidadão e, por outro lado, ao gerenciamento dos recursos públicos para um “público” específico. Portanto, numa análise avaliativa dos resultados, como se costuma fazer, corre-se o risco de apresentar um panorama superficial do ser da política, diferente do seu ser ideal. Em outras palavras,

a insistência de estudar políticas públicas por meio apenas da análise e da avaliação dos seus resultados em relação ao atendimento aos direitos sociais, como querem os funcionalistas, além de se constituir em estudo parcial da temática, pressupõe que as determinações legais, por si só, fundamentam e movem as instituições públicas e as suas ações, descuidando-se de considerar fatores outros que envolvam a organização da sociedade civil, os interesses de classes, os partidos políticos e demais agentes determinantes na elaboração e gestão das políticas públicas que tem origem na sociedade civil. (BONETI, 2007, p.8).

Nesse sentido, uma aproximação mais sensível levará o pesquisador ao entendimento do contexto no processo de formulação, efetivação e avaliação das políticas públicas. Em Bobbio (1995), por exemplo, temos um caminho inicial para compreensão do que é política, sendo entendida como o conjunto de ações que orientam a política do Estado, regulando as atividades governamentais de interesse público e que, ademais, variam segundo a natureza socioeconômica do país, a visão que os

governantes têm do papel do Estado, e a participação dos grupos sociais no conjunto da sociedade (PINTO; VIEIRA, 2014).

Como vemos, existe uma diversificação dentre as políticas públicas e, por conseguinte, uma valorização desigual na hora de implementar medidas que respondam às demandas ou necessidades da sociedade. Sendo que “existem medidas de intervenção meramente administrativas, por parte do Estado, sem mesmo envolver o orçamento público” (BONETI, 2007, p.9). Tendo, assim, como característica distintiva das políticas públicas, o tipo de intervenção na realidade, seja para efetuar investimento ou como simples medida administrativa ou burocrática.

Por outra parte, as políticas também podem ser classificadas conforme o âmbito de intervenção. Assim, as políticas públicas de saúde, segundo Paim (2003), podem ser definidas como 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” (TEXEIRA; SILVEIRA, s.d., p.122).

É importante destacar que no meio da efervescência política, e demandas reivindicadas pela militância negra, além de ter sido assegurado o direito à saúde na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (8080 e 8142/90), fez-se reconhecer a necessidade da instituição de políticas de saúde voltadas para a população negra no Brasil, de forma a se contemplar, também, os princípios de universalização do acesso, equidade e integralidade da atenção à saúde, propostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Sabe-se que as políticas de promoção da equidade racial tem seu foco na correção de iniquidades decorrentes do histórico de sofrimento e de discriminação vivenciado nas populações vulneradas e submetidas, por séculos, às piores condições de vida e de trabalho, produto dos processos de colonização e descoberta das Américas, os quais se serviram da escravidão como método de extração de recursos e que, ainda hoje, após a abolição, se servem da ideia da "democratização racial" e dos mecanismos de miscigenação, na consolidação de um pensamento hegemônico alienador da cultura e do ser.

Dessa forma, prevalece a necessidade de se criar estratégias para a efetivação das políticas de reparação. Esse tipo de política corresponde às chamadas "ações

afirmativas", termo acunhado e difundido por alguns representantes americanos nos Estados Unidos, entre eles Roosevelt, Kennedy e, posteriormente, Johnson, no intuito de "garantir a inserção jurídica dos negros na sociedade" e "passando a significar exigência de favorecimento de algumas minorias socialmente inferiorizadas e juridicamente desiguais por preconceitos histórica e culturalmente fixados" (HAAS; LINHARES, 2012, p.842).

No entanto, o debate sobre as políticas afirmativas, ainda que recente, traz consigo uma variedade de posturas contrárias, visto que algumas pessoas acreditam que a criação de mecanismos de discriminação positiva deixaria em desvantagem ou desprotegidas às outras populações (historicamente favorecidas), relegando o seu valor a simples ações assistencialistas. Porém, estudos continuam demonstrando a importância de se fomentar este tipo de ações (SOUZA, 2016), às quais tem por objetivo combater a discriminação, reduzir a desigualdade, promover a transformação social, aumentar a inserção ao mercado de trabalho e a integração dos diferentes grupos em espaços sociais existentes, mediante a valorização cultural (HAAS, LINHARES, 2012).

No Brasil, existe uma grande dívida, pouco ressarcida até agora, com a população afrodescendente, isto apesar dos importantes avanços na formulação de políticas e programas destinados à inclusão social, ao respeito pelas práticas culturais e religiosas, como também, para o acesso aos bens e serviços produzidos e distribuídos pelo Estado, tal o caso da PNSIPN, a qual veio para:

[...] atender às desigualdades que acometem a população negra, por meio de garantias de maior grau de equidade no que diz respeito à efetivação do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos, dando ênfase àqueles de maior prevalência entre essa população (SANTOS e SANTOS, 2013, p.564).

Além disto, a PNSIPN representa uma forma de combate ao racismo institucional, tema amplamente estudado e registrado no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) por pesquisadores(as) reconhecidos(as) no campo da saúde da população negra e da saúde coletiva, evidenciando profundas diferenças na ocupação dos espaços de poder, de participação social e, até, dos espaços físicos, criando verdadeiros mecanismos de isolamento e invisibilidade social (LOPES, 2004; MUNANGA, 2006, IBGE, 2010; BATISTA, WERNECK e LOPES, 2012; BATISTA, MONTEIRO e MENDEIROS, 2013).

De forma geral, o racismo se materializa nas práticas discriminatórias e preconceitos proferidos no cotidiano, diante das diferenças étnico-raciais apresentadas pelo outro. Seria simples pensar que a erradicação dessas práticas acabaria com o racismo, no entanto, para alguns autores, este processo está enraizado na cultura, no tecido social e nos comportamentos da sociedade brasileira (LOPES, 2004). Mais uma vez o problema fica complexo se queremos identificar os mecanismos envolvidos nessa programação social, sendo que as pessoas reproduzem, consciente ou inconscientemente, atitudes racistas que, em certos casos, são inteiramente opostas à sua opinião (SANTOS, SANTOS, 2013).

2.2 ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO: O MODELO POLÍTICO

A avaliação como prática social foi evoluindo e se tornando cada vez mais frequente na área da gestão pública. Isto começou, segundo Contandriopoulos et al. (2002, p.29), “logo após a Segunda Guerra Mundial”, momento crucial na ampliação do papel do Estado que passa a comandar diversos âmbitos sociais e, portanto, precisa de mecanismos eficazes para a alocação dos recursos públicos. Nesse sentido, o foco da avaliação encontrava-se, principalmente, na custo-efetividade das intervenções.

Tal como relatam Santos e Melo (2012), na saúde existe uma forte tradição vinculada à predominância positivista nos estudos avaliativos, com uso de indicadores epidemiológicos, abordagens quantitativas e uma ênfase no controle dos serviços de saúde. Hoje, esse enfoque parece insuficiente e distante da realidade, “por causa do caráter muito complexo do sistema de saúde, das grandes zonas de incerteza que existem nas relações entre os problemas de saúde e as intervenções susceptíveis de resolvê-las, do desenvolvimento muito rápido das novas tecnologias médicas e das expectativas crescentes da população” (Contandriopoulos et al., 2002, p.30).

Não parece estranho, então, que as abordagens da avaliação em saúde fossem mudando em função dos novos alcances e desafios que acompanham as práticas sociais. Assim, encontram-se aquelas perspectivas que contribuíram para a sistematização do processo avaliativo, como foi o caso do Modelo Donabedian, através de normas e critérios referentes à tríade processo-estrutura-resultados. Ampliando-se o entendimento sobre avaliação, outros modelos teóricos foram surgindo, sendo que, nesta investigação, adotamos a pesquisa avaliativa como um processo que permite analisar os componentes das intervenções, o seu contexto e as suas inter-relações.

Na pesquisa avaliativa, considerada por Tanaka e Melo (2004) como uma área de aplicação de conhecimentos e não como uma ciência, é comum a implementação de teorias, conceitos e instrumentos diversos com a finalidade de conhecer e modificar uma situação, mediante a tomada de novas decisões, a partir dos julgamentos dos avaliadores.

Na concepção de Contandriopoulos e colaboradores (1992, 2002), existem diversos subtipos de pesquisa avaliativa, tais como: análise estratégica, análise de intervenção, análise de produtividade, análise de efeitos, análise de rendimento ou de eficiência da intervenção e da produtividade, e análise de implantação. Essa última foi utilizada nesta pesquisa, tendo como base o Modelo Político de Análise de Implantação, que implica em compreender que:

um contexto favorável à implantação e à eficácia de uma intervenção depende da abordagem política de três fatores: de um suporte importante dado à intervenção pelos agentes de implantação; do exercício, por estes, de um controle suficiente na organização para estar apto a operacionalizar e tornar eficaz a intervenção; e de uma forte coerência entre os motivos subjacentes ao suporte que eles dão à intervenção e os objetivos que ali estão associados. 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 (CHAMPAGNE, F; DENIS, J, 1997, p. 66-67).

Dito de outra forma, o Modelo Político de Análise da Implantação estabelece que a adoção (ou não) de intervenções faz parte do jogo de poder organizacional, e que os resultados delas respondem às pressões internas e externas do contexto político.

3 METODOLOGIA

Segundo Prodanov e Freitas (2013, p.14), o caminho metodológico “examina, descreve e avalia métodos e técnicas de pesquisa que possibilitam a coleta e o processamento de informações, visando ao encaminhamento e à resolução de problemas e/ou questões de investigação”. Os mesmos autores defendem a ideia de que a metodologia aplicada segue uma série de procedimentos e técnicas para a obtenção de conhecimento, tendo como fim a comprovação da sua validade e utilidade para a sociedade.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, através de estudo de caso único, com abordagem qualitativa para análise da implantação de PNSIPN a partir de um plano de indicadores previamente validado.

Nas palavras de Silva (2014) a pesquisa avaliativa, no que diz respeito às práticas sociais, corresponde ao julgamento dessas práticas em um contexto particular, a partir de uma pergunta não respondida pela literatura especializada. Desse modo, escolhemos a análise de implantação, a qual consiste, justamente, em especificar o conjunto dos fatores que influenciam os resultados obtidos após a introdução de uma intervenção (CHAMPAGNE, DENIS, 1997), neste caso da PNSIPN, na organização da rede de atenção à saúde.

Da mesma forma, o estudo de caso representou uma estratégia apropriada pela possibilidade de aprofundar no conhecimento do fenômeno, frente ao qual não se tinha nenhum tipo de controle, estabelecendo relações do “como” e “por que” se deu o processo de implantação da política, realizando interpretações da realidade baseadas nas percepções dos “sujeitos-chave”, com o objetivo de compreender quais são os fatores que permitiram o êxito ou não dos resultados depois de implantada a intervenção (YIN, 2009).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo tem, como unidade de análise, o município de Salvador, capital do estado da Bahia, localizada na Região Nordeste do país. Possui uma população estimada

em 2.857.329 pessoas até o ano de 2018 (IBGE, 2019). Considerada um importante centro da economia baiana, é a sede do centro administrativo do governo estadual.

Este município deve a sua relevância social, histórica e política ao longo período da ocupação portuguesa no processo de colonização em 1501, sendo designada a primeira capital do país, até o ano de 1973.

Cabe lembrar que, no Brasil, assim como em outras regiões da América, os processos de expedição e colonização mobilizaram um contingente significativo de população negra, trazida do Continente Africano, para a extração dos recursos naturais assim como a edificação dos assentamentos das colônias. Dessa forma, a configuração do novo continente foi adotando as matizes étnicas e culturais dos povos escravizados (WLAMYRA, FILHO, 2006).

No caso do município estudado, é possível identificar a grande influência desse processo de miscigenação através de pesquisas populacionais, sinalizando que Salvador é a capital mais negra do país. Segundo dados do IBGE, algumas regiões do município ultrapassam o 90% deste quinhão populacional; entre eles, a Ilha de Maré (92,99%), seguido por Fazenda Coutos (90,57%), e o Rio Sena (90,3%) (MACHADO, 2013).

É importante destacar que Salvador possui instância de promoção da equidade racial. A Secretaria de Reparação (SEMUR), criada pela Lei nº 6.452, de 18 de dezembro de 2003, é a autoridade competente da Prefeitura Municipal de Salvador responsável em promover articulação com as instituições governamentais e não governamentais, com vistas ao estabelecimento de políticas públicas de promoção e inclusão social da população negra.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Pela natureza deste estudo, não foi preciso utilizar uma técnica de amostragem probabilística. Nesse sentido, todos os participantes entrevistados foram selecionados intencionalmente, no intuito de cumprir com o nosso objetivo, portanto, trabalhamos com uma amostragem de conveniência, na qual atingimos a saturação dos dados sem dar maior importância ao quantitativo da população estudada.

Como critérios de inclusão para realizar as entrevistas, foram selecionados os participantes que estavam no local nos momentos da coleta, e que se constituíam em atores aptos (ou não) para operacionalizar a política estudada. Assim sendo,

estabelecemos os seguintes grupos: 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 à Saúde da Família (NASF)); e representantes sociais da população negra, pertencentes às religiões de matriz africana, comunidades quilombolas e/ou lideranças do movimento negro (quadro 1).

Por sua vez, os critérios de exclusão compreenderam: estar de férias ou em condição de licença, por diversos motivos, durante o período da coleta. Cabe salientar que o tempo de experiência na gestão ou no serviço não foi um fator excludente pelo fato de se considerar que a PNSIPN é transversal ao SUS, e deve ser considerada nos processos cotidianos de trabalho.

Quadro 1 - Características dos participantes do estudo segundo grupo de atores, Salvador - Ba, 2018.

Grupo	Categoria Profissional / Função	Tipo de Vínculo / Experiência	Sexo / Raça-cor / Religião
Gestores da SESAB	Assistente Social / Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde	Estatutário / 12 anos	Feminino / Negra / Espírita
	Sanitarista / Diretoria de Atenção Especializada	Comissionado / 01 ano	Masculino / Negra / Ateu
	Administradora / Coordenação do Comitê Técnico Estadual de Saúde da População Negra	Comissionado / 40 anos	Feminino/Negra/ Candomblé
	Biólogo / Coordenação da Secretaria de Promoção da Igualdade Racial	Estatutário / 24 anos	Masculino / Negra / Espírita
	Enfermeira / Diretoria da Atenção Básica	Estatutário / 20 anos	Feminino / Negra / Católica-Espírita
Trabalhadores de Saúde inseridos na Rede Pública do SUS no	Enfermeira / Coordenação da Clínica Cirúrgica no HGE	Estatutário / 06 anos	Feminina / Negra / Candomblé
	Assistente Social / ESF do Bairro Arenoso	Estatutária / 05 anos	Feminina / Negra / Evangélica

Município de Salvador	Agente Comunitária de Saúde / ESF do Bairro Arenoso	Estatutária / 12 anos	Feminina / Negra / Adventista
Representantes Sociais da População Negra em SSA	Filósofo e Advogado / Liderança Religiosa	Sem registro	Masculino / Negra / Candomblé
	Pescadora / Representante de Comunidade Marisqueira	Sem registro	Feminino / Negra / Católica
	Lavadeira / Liderança Religiosa	Sem registro	Feminino / Negra / Candomblé
	Comunicador / Comissão Especial de Povos e Comunidades Tradicionais	Fundador / 10 anos	Masculino / Negro / Candomblé
	Pedagoga / Coordenação da Associação Beneficente, Educacional e Cultural da Ilha de Maré.	Trabalho Comunitário / 20 anos	Feminino / Negra / Candomblé

Fonte: Própria (2019).

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DOS ACHADOS

A entrevista semiestruturada se constituiu numa importante técnica de coleta dos achados, principalmente porque utilizamos o estudo de caso como estratégia metodológica desta pesquisa. Apesar de apresentar um roteiro-guia, perguntas foram surgindo na medida em que o diálogo entre o pesquisador e o(a) entrevistado(a) foi evoluindo, o que permitiu flexibilidade para aprofundar ou ratificar as informações que foram aparecendo.

Foram construídos, e posteriormente testados, dois roteiros de entrevista, um para os gestores e trabalhadores de saúde (ANEXO 8.1) e outro para as lideranças da população negra (ANEXO 8.2), em um processo que se deu com a participação da equipe de pesquisa do projeto maior, o qual foi treinado em reuniões prévias. Seguidamente, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS, e consentimento dos gestores municipais e estaduais, as entrevistas foram acontecendo.

Contudo, o material coletado no projeto maior foi insuficiente para compor o corpus necessário para o estudo de caso no Município de Salvador, razão pela qual tivemos que refazer a coleta. A dificuldade principal para o prosseguimento foi o

momento político vivenciado no Brasil com as eleições presidenciais de 2018, mas que foram contornados com a conclusão desse período eleitoral.

Conforme a nossa programação, as entrevistas foram marcadas antecipadamente com os participantes, através de pessoas-chave, por via telefônica ou diretamente no local. Embora a maioria dos participantes se encontrasse trabalhando, foram atenciosos e disponibilizaram espaços reservados para a atividade, mantendo assim a privacidade e conforto necessários.

As entrevistas foram gravadas conforme o estipulado no termo de consentimento informado, tendo uma duração média de 15 minutos, sendo que a mais curta foi de 6 minutos, e a mais extensa de 32 minutos, aproximadamente. Logo depois, elas foram transcritas na íntegra, com ajuda da equipe do GESTIO, e revisadas pelo próprio pesquisador.

3.5 ANÁLISE DOS ACHADOS

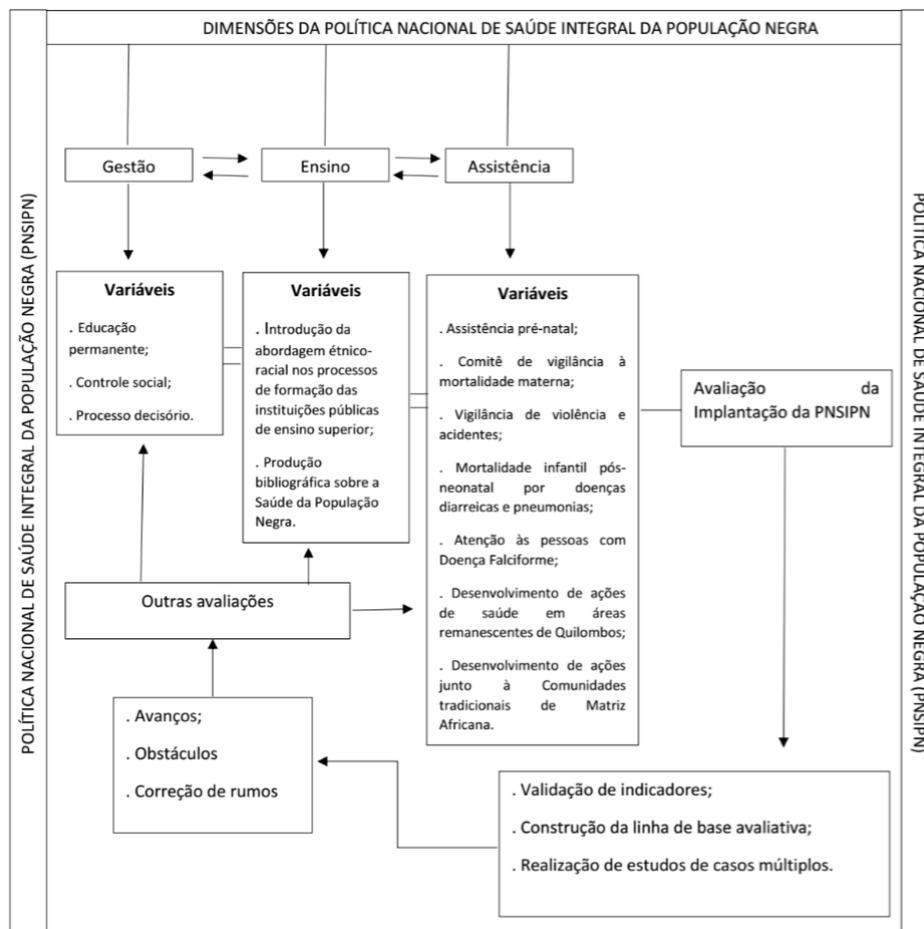
Para avaliarmos os achados, escolhemos a análise de conteúdo temática proposta por Laurence Bardin, pois representa um método sistemático de análise das comunicações por meio de diversos procedimentos de descrição do conteúdo das mensagens. Dessa forma, foram contemplados os três momentos propostos pela autora, a saber: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados, e inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

Cabe destacar que, por se tratar de pesquisa do tipo avaliativa, foi importante identificar, por um lado, as premissas contempladas no Modelo Político para análise da implantação, já discutido em outra seção, assim como os conceitos norteadores que guiaram a construção do modelo lógico e do plano de indicadores, que permitiram analisar a implantação da intervenção através das dimensões e temas centrais preestabelecidos.

Dessa forma, adotamos neste processo avaliativo o modelo lógico (figura 1) resultante do estudo de avaliabilidade da PNSIPN, elaborado por Santos e Silva (2017), e o plano de indicadores para avaliação da PNSIPN (ANEXO 8.3), validado por Silva (2017) no desenvolvimento da dissertação de mestrado intitulada: “Validação do plano de indicadores para avaliação da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra”. Salientando que, tanto na construção do modelo lógico, quanto na

validação do plano, foram contempladas as opiniões dos especialistas e de outros atores envolvidos na formulação da política.

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



Fonte: Santos e Silva (2017).

Vale sinalizar que, embora o modelo lógico e o plano de indicadores, mencionados anteriormente, apresentem três dimensões para avaliação da PNSIPN – gestão, assistência (acesso às ações e serviços de saúde) e ensino (e pesquisa) – contemplamos neste estudo apenas as duas primeiras dimensões, por se tratarem de categorias que respondiam ao campo de atuação dos sujeitos envolvidos neste estudo. Por outro lado, as delimitações de tempo e de recursos operacionais se constituíram nas principais restrições para não estudar a dimensão do ensino. Esta última poderá ser objeto de outro estudo, e não comprometeu o resultado da avaliação aqui proposta, dado que o foco principal é analisar se os atores envolvidos na implantação da política estão aptos para tal.

Como se pode observar na figura acima, para a dimensão da “gestão”, tivemos os seguintes temas centrais: sistemas de informação, que versa sobre as características

do preenchimento do quesito raça-cor em todos os instrumentos utilizados para alimentação dos sistemas de informação das secretarias municipais de saúde, e a implantação da instância de promoção da equidade em saúde, que deve velar pela efetivação da política.

Como se pode observar na figura acima, para a dimensão da “gestão” tivemos os seguintes temas centrais: sistemas de informação, que versa sobre as características do preenchimento do quesito raça-cor em todos os instrumentos utilizados para alimentação dos sistemas de informação das secretarias municipais de saúde, e a implantação da instância de promoção da equidade em saúde, que deve velar pela efetivação da política.

Por outro lado, na dimensão de “acesso às ações e serviços de saúde” os temas centrais foram: atenção integral à saúde da mulher e criança, com a subsequente implantação da Rede Cegonha e a estruturação das redes de apoio às mulheres e as crianças negras; vigilância às violências, na identificação do apoio que é dado diante das violências domésticas, sexuais e outras, estratificando pelo quesito raça-cor; acesso a serviços especiais, como as Unidades de Saúde com atendimento às pessoas com Doença Falciforme, e acesso delas aos imunobiológicos especiais; estruturação da assistência ao idoso negro; atenção à saúde dos homens negros; estruturação da atenção à saúde da comunidade LGBT; e, finalmente, atenção à saúde da população negra dentro do sistema prisional. Esse modelo lógico prevê a sua utilização tanto para abordagem quantitativa como qualitativa, sendo que, a depender da abordagem selecionada, alguns dos temas centrais não foram incluídos na análise, como se pode observar neste estudo.

Para tanto, apresentamos esse processo de análise em dois momentos: o primeiro, utilizando análise lexical por meio do *software* Iramuteq (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), porém complementando com análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2011); o segundo, trabalhando com a técnica de enunciações avaliativas (MELO, 2001; SANTOS, 2006; SANTOS, 2014; MARQUES, 2017).

3.5.1 Análise Lexical e Análise de Conteúdo Temática

Na análise lexical por meio do *software* de análise textual Iramuteq, foi possível identificar a frequência do vocabulário empregado nas falas dos entrevistados, como

também a construção de associações entre as dimensões e os discursos dos sujeitos. Dessa forma, o programa permitiu estruturar classes de segmentos a partir da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), executando cálculos e fornecendo resultados que nos permitiram descrever cada uma das classes (CAMARGO, 2005).

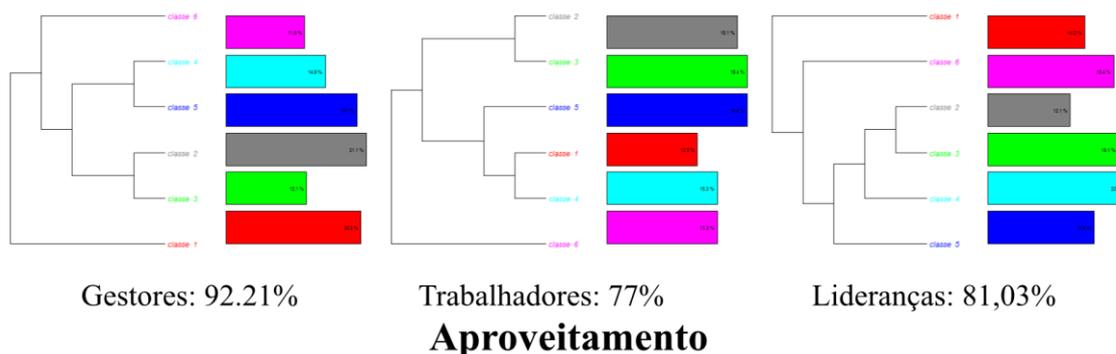
Para isto, foi necessário preparar o *corpus* textual seguindo as recomendações do próprio *software*, tais como: guardar as entrevistas num documento de texto sem formato; separar os textos utilizando linhas de comando (com asteriscos); corrigir e revisar todo o arquivo na busca de erros de digitação; suprimir as anotações ou perguntas dos pesquisadores; manter um único formato para as abreviaturas (em siglas ou colocando sempre por extenso por meio do traço *underline*, mesmo para palavras compostas); passar as flexões verbo-pronominais para sua forma próclise; deixar os números na forma algorítmica; não usar aspas, apóstrofo, hífen, cifrão, percentagem e/ou asterisco.

De igual maneira, foi feito um processo de lematização do *corpus* (APÊNDICE 7.2), com a finalidade de homogeneizar os conteúdos e retirar possíveis interferências por vícios na linguagem. Concluído esse processo, foi possível submeter as entrevistas ao programa, antes descrito, para as análises correspondentes.

Para a constituição do *corpus*, selecionamos um total de 13 entrevistas, sendo que cinco correspondiam a gestores, três a trabalhadores de saúde e cinco a representantes sociais da população negra. Por conseguinte, elaboramos códigos para identificação das entrevistas: “ind_01” para referirmos ao indivíduo número 1 de “x” população; “pop_01” para a população dos gestores de saúde; “pop_02” para a população dos trabalhadores de saúde; e, finalmente, “pop_03” para a população dos representantes sociais.

Devido ao volume do material coletado, decidimos trabalhar com três *corpora* textuais que correspondem aos grupos descritos acima. Cada *corpus* deu origem a um dendograma (figura 2), salientando que, como critério de qualidade dos dados, esperávamos ter um aproveitamento do *corpus* textual acima de 70% para cada dendograma, sendo esse percentual superado, como se pode observar na figura 2

Figura 2 - Análises textuais com CHD, segundo grupo de atores e porcentagem de aproveitamento do *corpus* textual.



Fonte: Própria (2019).

Como apresentado na figura 2, cada um dos dendogramas foi analisado de forma separada, trazendo alguns recortes de fala dos participantes, para dar suporte e/ou esclarecer as interpretações de cada classe. Para isto, utilizamos a análise de conteúdo temática, com ajuda de uma planilha eletrônica (quadro 2), sugerida por Silva e Nascimento (2011), adaptada por Santos (2014) e implementada por Camargo (2017), procurando dentro das dimensões e temas centrais propostos na matriz avaliativa. Da mesma forma, as classes foram nomeadas de acordo com o conteúdo lexical contido em cada uma delas, tomando como referência as dimensões da matriz de indicadores e a ênfase dada a cada classe ou conjunto de classes.

Posteriormente, os resultados obtidos nas análises dos dendogramas para cada grupo foram submetidos à triangulação de dados, visto que, a triangulação, como técnica na saúde pública, permite realizar uma análise unidimensional, multidimensional ou do contexto da realidade (ARDONO E CASTRO, 1994). Ademais, como sugerem Minayo et al. (2005), esta estratégia de pesquisa se apoia em métodos científicos consagrados, adequando-se a determinadas realidades e com bases interdisciplinares.

Quadro 2 - Planilha para análises das entrevistas

Dimensões	Temas Centrais	Ind_01 Pop_01	Ind_01 Pop_02	Síntese Horizontal
Gestão	Sistemas de Informação			
	Instância de Promoção da Equidade			
Acesso às ações	Atenção à Mulher e a Criança			

Dimensões	Temas Centrais	Ind_01 Pop_01	Ind_01 Pop_02	Síntese Horizontal
e serviços de saúde	Vigilância às Violências			
	Acesso aos Serviços Especiais			
	Assistência ao Idoso Negro			
	Atenção a Saúde do Homem			
	Atenção a Saúde da Comunidade LGBT			
	Atenção à Saúde da População do Sistema Prisional			

Fonte: Própria (2019), adaptada de Silva e Nascimento (2011).

Por sua vez, Tuzzo e Braga (2016), referindo-se à triangulação, complementam que ela “prevê os diversos ângulos de análise, as diversas necessidades de recortes e ângulos para que a visão não seja limitada e o resultado não seja restrito a uma perspectiva”. Tornou-se, portanto, de grande ajuda, diante da multiplicidade de agentes sociais envolvidos nesta pesquisa e da necessidade de integrar diferentes perspectivas do fenômeno estudado.

3.5.2 Enunciações Avaliativas

No segundo momento, foi feita Análise de Enunciação Avaliativa, utilizando como base os recortes de fala identificados na etapa de análise de conteúdo. Porém, foram selecionados somente aqueles nos quais os sujeitos emitissem juízos de valor sobre o processo de implantação da política, para depois sintetizá-los na planilha elaborada por Santos e Melo (2012) (quadro 3). De igual forma, foram utilizadas as dimensões, temas centrais e premissas extraídas da matriz de indicadores para avaliação da política previamente definida neste estudo.

Quadro 3 - Planilha para Enunciação Avaliativa

Dimensão:			
Tema Central:			
Premissa:			
Ator	Como é descrito?	Termos Avaliativos	Resultado da avaliação

Fonte: Própria (2019), adaptada de Santos e Melo (2012).

Depois de identificarmos as enunciações avaliativas, fizemos uma aferição das mesmas, correlacionando o conteúdo das mensagens emitidas pelos sujeitos e o que está proposto nas premissas para cada tema. Assim, o resultado foi gerado segundo a atribuição de um conceito, a saber: Muito Bom (3), quando as premissas foram contempladas plenamente; Bom (2), quando as enunciações se alinhavam à premissa, mas requeriam algum ajuste; Regular (1), para aquelas que não convergiam com a premissa; e, por último, Ruim (0), no caso de enunciações contrárias à premissa (ANEXO 8.4).

Finalmente, utilizando a média aritmética, se atribuiu um valor primeiro a cada tema central (Resultado P), para depois consolidar um valor globalizante da dimensão (Resultado T), que gerou o conceito global da dimensão, como proposto por Santos (2014) (ANEXO 8.5).

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Como toda pesquisa científica, foram contemplados os princípios da ética no que se referem ao respeito pelas pessoas envolvidas, à autonomia, à justiça e à beneficência e a não maleficência. Da mesma forma, seguimos as recomendações contidas na resolução 466/2012 do Ministério da Saúde sobre investigação com seres humanos. A nossa pesquisa conta com o respaldo do projeto maior, o qual já foi credenciado pelo 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 8.6).

Dessa forma, é importante mencionar que, antes de coletar qualquer informação, foi solicitado aos participantes o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 8.7), contendo todas as informações referentes aos objetivos da pesquisa, assim como os possíveis riscos e benefícios da participação. Assim, omitiremos os nomes das pessoas entrevistadas, para evitar a sua identificação por terceiros, fazendo uso dos códigos estabelecidos nas nossas análises.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, apresentamos os resultados e discussão com base no Modelo Político da Análise de Implantação, proposto por Champagne e Denis (1997). Conforme destacado na metodologia, buscamos neste momento analisar a influência do contexto, explicando que mudanças (ou não) foram produzidas após o estabelecimento da PNSIPN. A Análise de Implantação pode ser discutida sob três perspectivas ou componentes: 1) análise dos determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção; 2) análise da influência da variação na implantação sobre os efeitos observados; 3) análise da influência da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados. O componente três foi escolhido para esta pesquisa por nos permitir identificar que efeitos (ou não) foram produzidos após a introdução da PNSIPN, destacando sinergismo ou antagonismo do contexto em que essa política é operacionalizada.

4.1 SUPORTE DADO PELOS AGENTES DA INTERVENÇÃO PARA A IMPLANTAÇÃO DA PNSIPN NO MUNICÍPIO

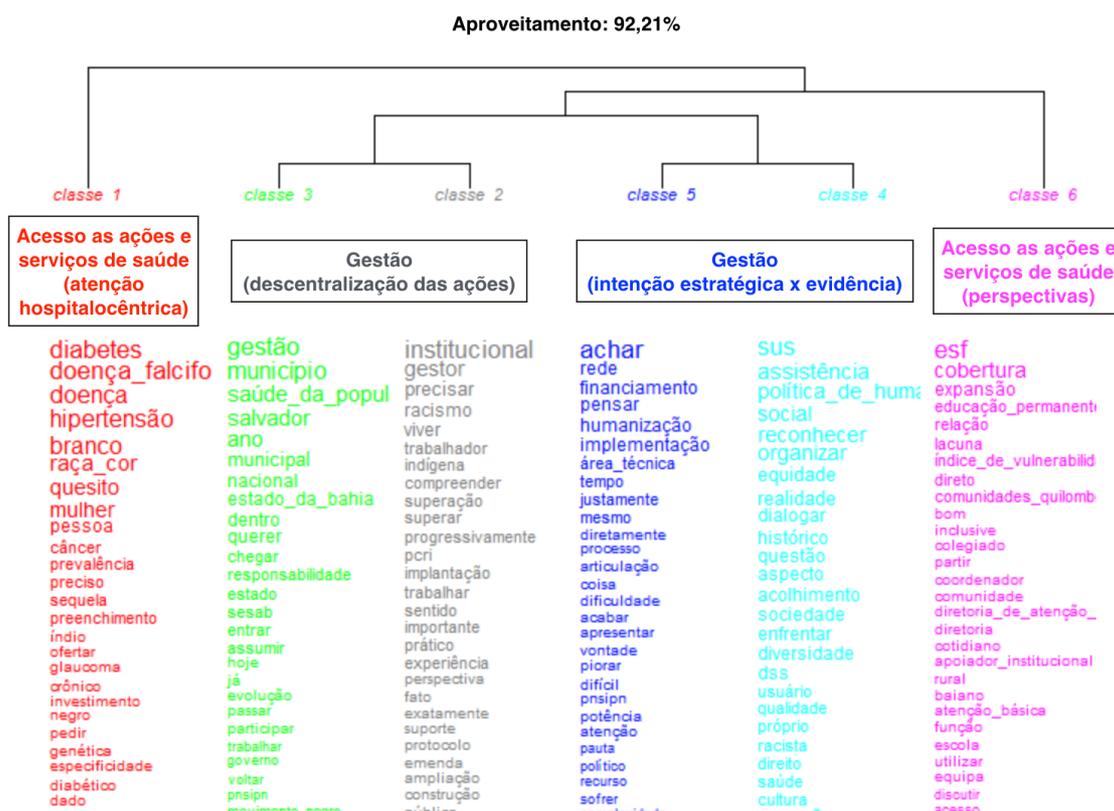
Seguindo o modelo de análise selecionado para esta avaliação, nessa seção discutimos se o contexto é favorável à implantação da política, a partir do suporte dado à mesma pelos agentes da intervenção, que neste estudo foram estratificados por grupos (Gestores, Trabalhadores, Lideranças).

4.1.1 Gestores

Após submeter os cinco textos que compunham o *corpus* do grupo dos gestores ao Iramuteq, foi possível identificar a formação de 13.737 ocorrências, conformando seis classes na CHD, com um aproveitamento de 92,21% do *corpus* textual (figura 3).

Assim, a primeira partição deu origem à Classe 1, a qual foi nomeada como “Acesso às ações e serviços de saúde”, por destacar as condições de saúde prevalentes na população negra e a identificação dos sujeitos na hora do atendimento por meio do preenchimento do quesito raça-cor.

Figura 3 - CHD das falas dos gestores sobre a avaliação da implantação da PNSIPN.



Fonte: Própria (2019).

Esta classe evidencia uma situação que também é recorrente no discurso dos profissionais da saúde, que é precisamente o foco na doença. Isso pode estar relacionado à formação centrada no modelo médico-hospitalocêntrico, na qual as causas de doenças e de mortalidade são reduzidas aos componentes biológicos do ser humano. Nesse sentido, acabam sendo desatendidos outros problemas de origem social, que muitas vezes correspondem à causa principal do problema, ou seja, a causa por trás da causa.

Em palavras de Batista, Escuder e Pereira (2004, p.635):

Há uma morte negra que não tem causa em doenças; decorre de infortúnio. É uma morte insensata, que bule com as coisas da vida, como a gravidez e o parto. É uma morte insana, que aliena a existência em transtornos mentais. É uma morte de vítima, em agressões de doenças infecciosas ou de violência de causas externas. É uma morte que não é morte, é mal definida. A morte negra não é um fim de vida, é uma vida desfeita, é uma Átropos ensandecida que corta o fio da vida sem que Cloto o teça ou que Láquesis o meça. A morte negra é uma morte desgraçada.

Ao mesmo tempo, os atores são cientes de que o sistema de saúde ainda não tem se organizado para acompanhar as ações de discriminação positiva, no sentido do não reconhecimento do racismo institucional, tal como sinaliza um deles:

[...] o próprio SUS se estrutura de uma forma pouco amistosa para atender as necessidades de saúde da população negra. Eh, inclusive para os profissionais se sentirem sensibilizados, para entender que essa é uma questão muito específica e delicada. Não sei se por termos aqui uma população majoritariamente negra, então acho que fica na cabeça dos profissionais que aqui todo mundo é negro e não se deve fazer essa distinção (Ind_02 Pop_01).

Segundo Faustino (2017), os profissionais de saúde tendem “a não perceber a discriminação ou a insistir em sua inexistência, contribuindo, assim, para a inação do sistema frente à discriminação e, conseqüentemente, para sua manutenção e ampliação”.

Acreditamos que a atenção à saúde deve começar pela compreensão dos determinantes sociais da saúde que afetam as condições de vida da população. Sem esta orientação na configuração dos serviços, fica difícil se pensar na saúde como direito humano.

Na segunda partição, se originou a Classe 6, também vinculada à esfera do “Acesso às ações e serviços de saúde”, mas no que diz respeito às perspectivas ou possibilidades para a ampliação da cobertura da população negra, com destaque nas ações de educação permanente, na figura do apoiador institucional e na utilização de um índice de vulnerabilidade social para a expansão da atenção básica através da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A esse respeito, a PNSIPN contempla, dentre seus objetivos, “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” (Brasil, 2009, p.31). No entanto, alguns estudos têm demonstrado, como o desenvolvido por Monteiro (2016), que o campo da saúde da população negra ainda “encontra dificuldades para ser incorporado nas práticas de atendimento, no planejamento e execução das políticas públicas de saúde, e mesmo nos espaços de formação dos profissionais de saúde”.

Nesse processo, o apoiador institucional tem se revelado como um papel estratégico na implementação de ações de educação permanente:

Então nós temos um espaço privilegiado que é desenvolvido junto, a partir de um ator estratégico na diretoria que é o apoiador institucional. Ele desenvolve em todo o território baiano reuniões periódicas com os coordenadores municipais de atenção básica em colegiados, são 28 colegiados de coordenadores da atenção básica no Estado da Bahia, acompanhados, fomentados e desenvolvidos pelo apoiador institucional. Nesse espaço de reunião com os coordenadores municipais de atenção básica

o apoiador institucional discute, implementa diversas questões que são afeitas àquele território (Ind_03 Pop_01).

Complementando a fala anterior, sobre a função do apoiador, o Ind_01 Pop_01 percebe isso como “[...] uma grande potência de uma materialização de qualquer política, sobretudo, dessa política que, de certa forma, tem seu grau de dificuldade por estar numa negação social”.

Apesar dessa grande potência que pode ou não significar o apoiador institucional, concordamos com Monteiro (2012), quando explica que para superar o racismo institucional não basta incluir a temática étnico-racial nas discussões, nos espaços de reunião. Trata-se, muito mais, de um trabalho estrutural que passa pela recomposição de um novo paradigma na forma de se pensar e produzir saúde, construir as discussões com atores até agora ausentes, pensar política afirmativa na gestão da saúde e assumir firmemente uma postura de superação do racismo.

Continuando com a terceira partição do dendograma, esta deu origem a dois blocos: um formado pelas Classes 2 e 3 e outro pelas Classes 4 e 5. Pela distribuição e o peso dos enunciados dentro de cada uma das classes, podemos pensar que o conteúdo está muito próximo, e, portanto, agrupamos esses blocos para efeitos da análise.

Começando pelas Classes 2 e 3, estas foram agrupadas na Classe denominada “Gestão (descentralização das ações)”, na qual consta a complexidade de um sistema que é altamente hierarquizado, sobretudo no que diz respeito às diversas esferas de poder, responsáveis pela articulação da política até chegar aos serviços de saúde.

Assim sendo, chama a atenção que no caso estudado o processo de descentralização teve as suas particularidades, pois o município assume a pauta da PNSIPN antes que o próprio estado. Tal como relata um gestor da Secretaria de Promoção de Igualdade Racial (SEPROMI):

[...] o município de Salvador vem frente antes do próprio Estado da Bahia, já que o movimento negro em Salvador já vem trabalhando na saúde da população negra. A gestão anterior de Salvador já vinha todo um movimento negro trabalhando muito no racismo. Com a política pública do Estado da Bahia fortalece as ações de Salvador, então hoje a saúde da população negra de Salvador ela é bem discutida, hoje eles têm ACS qualificado com este olhar da necessidade de saúde da população negra. (Ind_05 Pop_01).

Apesar de termos um município no qual a conjuntura política e social permitiu iniciar o processo de implantação da política antes que o próprio estado, não dá para afirmar que existiu um sinergismo entre as esferas de governo. Pelo contrário, esse descompasso entre os órgãos estaduais e as realidades locais, pode estar expressando a presença de tensões na efetivação das políticas públicas, pois se trata, na verdade, de uma descentralização burocrática, ou seja, uma desconcentração de atividades.

Essa falta de articulação do sistema é reconhecida como obstáculo para a efetivação da política, como se aprecia no seguinte relato: “Eu acho que os problemas estruturais do SUS afetam todas as políticas, as subpolíticas, não é. Então, eu acho que falta capacitação dos profissionais, falta recurso em certa medida, também, falta articulação do sistema [...]” (Ind_02 Pop_01).

Um estudo de revisão sobre a descentralização da gestão revelou que “a descentralização sozinha não explica o estágio de organização do sistema municipal de saúde, e que as práticas de gestão e as assistenciais são áreas críticas que necessitam de intervenções referentes ao planejamento, avaliação e na intersectorialidade” (PINAFO, CARVALHO, NUNES, 2016, p.1518).

Da mesma forma, as Classes 4 e 5 foram agrupadas na Classe denominada “Gestão (intenção estratégica x evidência)”. No contexto analisado, aparece quase constantemente nos relatos o pouco suporte dado à área técnica para desenvolver as ações previstas na política. Destacam a falta de financiamento e de trabalhadores para o cumprimento dos objetivos traçados, sendo que, na maioria das vezes, a diferença é marcada pela vontade ou não do indivíduo que se coloca na frente da gestão. O relato abaixo descreve essa situação:

[...] a própria PNSIPN também sofre com esse subfinanciamento, com as suas dificuldades e eu penso quando eu vou na área técnica que faz essa ação de acompanhamento, de implementação da PNSIPN, é, observar também que eu acho que é um dificultador importante que é o pequeno quadro de recursos humanos destinado, é um grupo extremamente pequeno e, entendendo, que nós temos um território como a Bahia, 417 municípios, serviços da rede própria, da gestão indireta, dos apoios aos municípios, o quantitativo de pessoal ele é muito expressivo mesmo para dar conta dessa realidade. (Ind_01 Pop_01)

Uma das responsabilidades da gestão, segundo o documento da PNSIPN, é a cooperação técnica e financeira com os estados, Distrito Federal e os municípios,

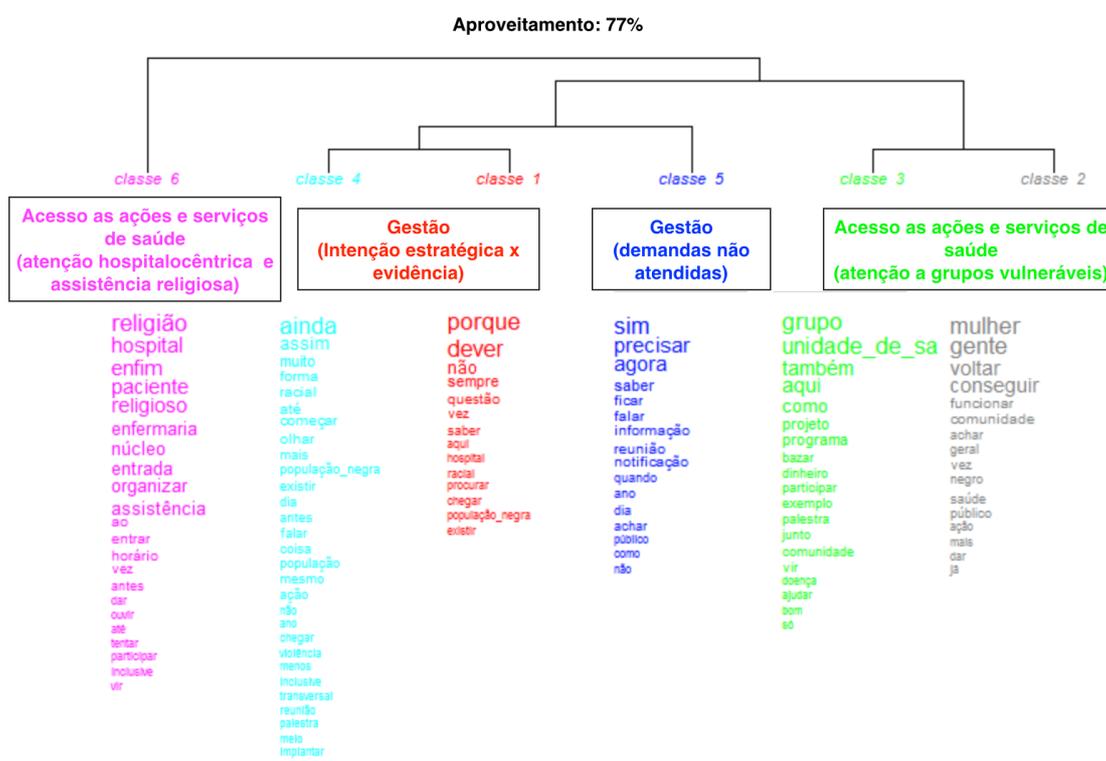
levando em conta as oportunidades e os recursos disponíveis (Brasil, 2009). Todavia, os achados apresentam um panorama negativo nesse sentido.

Parece óbvio pensar que para alcançar o que está disposto na PNSIPN é preciso ter uma atenção integral para as interseções, mas é preciso, também, que existam responsabilidades definidas e pactuadas entre as instâncias de governo: federal, estadual e municipal. Ao mesmo tempo, se requer uma gestão comprometida, que defenda e respalde as intervenções, e que faça o investimento de acordo com a realidade particular de cada região.

4.1.2 Trabalhadores de Saúde

Com um aproveitamento do *corpus* textual de 77%, os três textos submetidos à CHD criaram 3324 concorrências, sintetizadas em seis classes. Assim, a primeira partição deu origem à Classe 6, a segunda partição, por sua vez, esteve mais repartida, tendo um peso maior na conformação da Classe 5, seguidamente às Classes 1 e 4, de maneira conjunta, e, finalmente, a agrupação das Classes 2 e 3 (figura 4).

Figura 4 - CHD das falas dos trabalhadores de saúde sobre a avaliação da implantação da PNSIPN.



Fonte: Própria (2019).

Neste caso, coincidentemente com o grupo dos gestores, a densidade do discurso se concentrou no "acesso às ações e serviços de saúde", reafirmando a visão hospitalocêntrica, discutida anteriormente. Porém, existe uma particularidade no discurso dos trabalhadores, como foi o reconhecimento da importância de ter um núcleo de assistência religiosa no âmbito hospitalar, para garantir o acesso igualitário às diversas representações espirituais, como podemos perceber no seguinte recorte de fala:

[...] o hospital está se manifestando ao respeito da organização de entrada das representações religiosas, todas elas, no hospital. Antes se dava de uma forma desordenada, desorganizada e hoje nós temos a criação de um núcleo dentro do hospital que organiza a entrada desses referenciais religiosos para que deem assistência ao paciente enquanto ele estiver internado aqui (Ind_01 Pop_02).

Mais uma vez, cabe destacar a importância que teve a participação de representantes das religiões de matriz africana nos espaços de controle social, a exemplo da realização do I Seminário de Religiões de Matriz Africana e Saúde, que aconteceu no ano de 2007, em Salvador, e cujo objetivo era promover a equidade racial em saúde. Nesse evento, foi conformado o grupo "Racismo e Intolerância Religiosa em Saúde", o qual identificou como problema prioritário o impedimento dos rituais religiosos de matriz africana nos hospitais (SMS-SA, 2008).

Contudo, os atores entrevistados manifestaram que não conseguem perceber outras ações que levem em conta a questão racial na prestação do cuidado, tal como relatado por eles:

No hospital não há nenhuma diferenciação em questão racial! (Ind_01 Pop_02).

Quando chega novembro nós paramos e fazemos tudo, como se ao longo do ano nós deixássemos de ser negros! (Ind_02 Pop_02).

Percebe-se que as ações identificadas não fazem parte do cotidiano dos profissionais, o que propicia a perda de continuidade e expansão de medidas efetivas para atenção à saúde da população negra. De acordo com Oliveira, Lima e Ferrari (2012, p.12):

[...] as ações desenvolvidas para garantir a atenção integral à saúde da população negra não devem estar vinculadas à perspectiva assistencialista ou compensatória de combate à pobreza, mas a políticas como o SUS, que reconhecem a necessidade de atenção às diferenças, às desigualdades sociais e raciais (dentre outras) sem incorrer no equívoco de ações focalizadas.

Desse modo, a Classe 5 surge como uma “demanda insatisfeita” da gestão com os profissionais da ponta, sendo que as informações não estão chegando até eles, e quando chegam é de forma sucinta e pouco articulada, assim expressado na fala que segue: “[...] antes nós tínhamos capacitações, hoje nós não temos mais para estar falando sobre isso!” (Ind_03 Pop_02).

Nesse aspecto, existe um distanciamento dos trabalhadores de saúde com a área da gestão, sendo que para efetivar a política é necessária “a capacitação dos profissionais das ESF, com a educação permanente destes trabalhadores, onde possa atender-se para a forma de atendimento que estão utilizando, assim como analisar onde a necessidade é maior” (OLIVEIRA, LIMA, FERRARI, 2012, p.675).

Por sua vez, as Classes 1 e 4 retomam a discussão de uma política que parece mais uma intenção estratégica do que uma evidência, sendo que as ações são implementadas com um olhar de cima para baixo, sem considerar as realidades das pessoas que melhor conhecem as vidas da comunidade, assim expressado na fala de uma agente comunitária de saúde: “Eu acho que deveria nos ouvir mais. Não eles tomarem decisões pelas pesquisas que eles fazem, porque às vezes, nem sempre, é totalmente confiante” (Ind_03 Pop_02).

Diante disso, entendemos que o racismo institucional não se manifesta em atos explícitos de discriminação e sim, pelo contrário, “atua de forma difusa no funcionamento cotidiano de instituições e organizações, que operam de forma diferenciada na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes grupos raciais” (SILVA et al., p.157).

Ainda que com menos peso na discussão, as Classes 2 e 3 apresentam enunciados que comprovam a articulação entre a comunidade e a unidade de saúde, porém essas ações correspondem a microcenários que se assumem longe da realidade global, como podemos apreciar:

Ontem a equipe se aproximou do terreiro para desenvolver ações para a saúde da população negra, mas como falei no início, eu acho que isso ainda não chegou fortemente nas unidades de saúde porque nós meio que fazemos as coisas de forma transversal durante o ano. (Ind_02 Pop_02).

Em estudo de Gomes (2010, p.669), por exemplo, chegou-se à conclusão de que “as diferenças nos estágios de envolvimento dos gestores e profissionais de saúde das unidades com a Política de Saúde da População Negra podem estar relacionadas com as

características estruturais, gerenciais e culturais dos profissionais de saúde, gestores e unidades de saúde”, razão pela qual é necessário criar vínculos entre os serviços e a população a fim de garantir a equidade e integralidade.

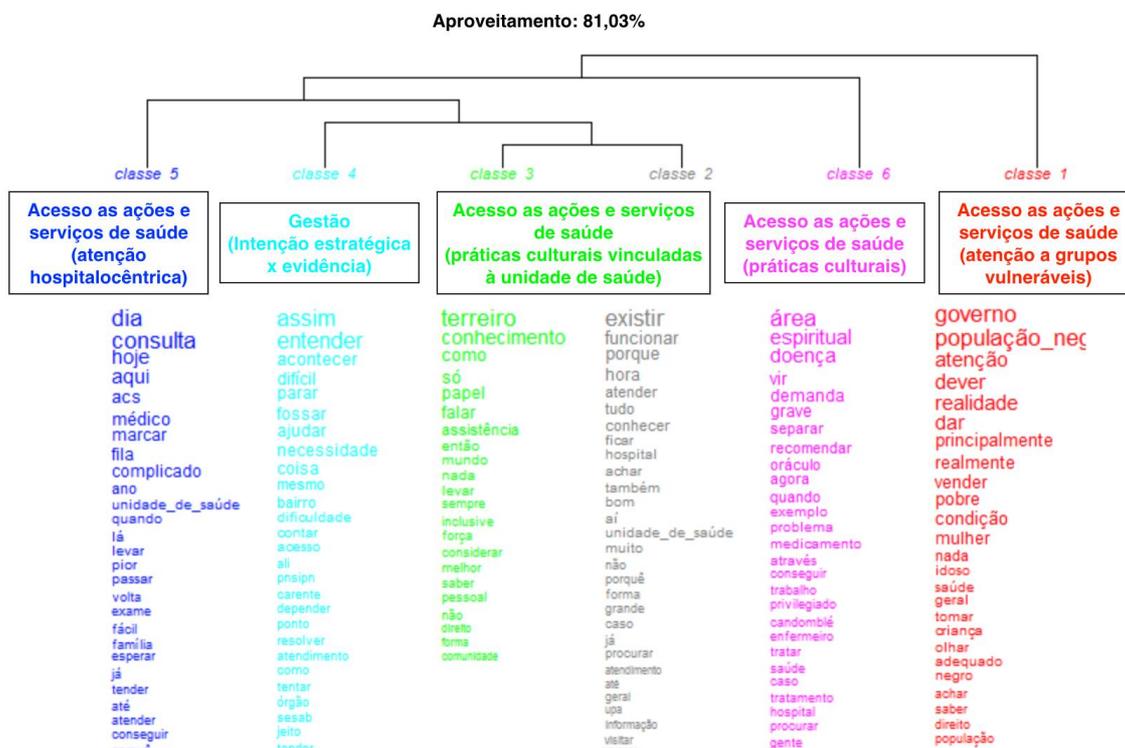
Fica evidente que, apesar das ações para a implantação das políticas afirmativas de promoção da equidade, continua existindo uma demanda por parte dos atores que se localizam na ponta da assistência do município, os quais agem mais pela própria iniciativa do que pela estrutura organizativa.

Assim sendo, o contexto novamente se apresenta como desfavorável para a implantação da PNSIPN, apesar dos trabalhadores de saúde entrevistados parecerem dispostos a dar suporte a implementação de ações com um olhar mais específico.

4.1.3 Lideranças

Na análise do *corpus* que correspondeu ao grupo dos representantes sociais ou lideranças da população negra tivemos um aproveitamento de 81,03%. Os cinco textos confluíram na conformação de 6024 concorrências, gerando seis classes, como se mostra na figura 5.

Figura 5 - CHD das falas das lideranças sobre a avaliação da implantação da PNSIPN.



Fonte: Própria (2019).

Da mesma forma, como foram descritas anteriormente as classes, analisamos cada uma segundo a relevância no discurso dos atores. Para tanto, a primeira partição originou a Classe 1, a qual teve como foco o acesso às ações e serviços de saúde. Em consonância com o grupo dos gestores, esta dimensão trouxe elementos que permitem identificar quais são os grupos vulneráveis que precisam de um olhar mais cuidadoso.

Apesar desse reconhecimento, os sujeitos relatam que existe uma dívida que vem do passado, mas que, ainda hoje, não tem sido ressarcida. A fala da liderança relata essa situação:

Então, precisa de uma política efetiva para a população negra e principalmente para os pobres, porque a população negra, na realidade, a maioria é uma população pobre que não tem direito a nada, não tem direito à saúde, à educação, não tem direito a nada (Ind_05 Pop_03).

Para Cunha (2012), a importância de focar na dimensão étnico-racial nos estudos da saúde parte do reconhecimento da discriminação histórica sofrida pelos negros, e das condições de vulnerabilidade e marginalidade vivenciadas por eles desde a abolição da escravatura até hoje. Situação que foi agudizada pela “falta de políticas pós-abolição que incluíssem esta população nos processos produtivos e sociais” (BRASIL, 2016).

Na segunda partição, originou-se a Classe 6, que foi identificada dentro da dimensão da gestão com foco nas “práticas culturais”. Podemos dizer que, nesta classe, se consolida a importância do conhecimento e a função social que exercem as religiões de matriz africana nas comunidades, através dos terreiros.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (p.1), “os terreiros de Candomblé são tradicionalmente espaços de acolhimento e cuidado”, razão pela qual é importante viabilizar o diálogo entre as instituições formais de atenção à saúde e os seus profissionais com os representantes das religiões de matriz africana.

Para exemplificar melhor, vamos analisar o próprio relato de uma liderança religiosa:

Então, precisa essa, essa difusão. Visitar os terreiros, visitar as comunidades, falar sobre. Quem vai fazer isso, é que eu não sei, mas que precisa, precisa. A academia, academia no modo geral e a comunidade de terreiro, porque eu acho que toda questão racial, toda questão da negritude, isso passa pelo terreiro, perpassa pelo terreiro. Então, se faz um trabalho no terreiro, está fazendo um trabalho na base. Está fazendo um trabalho na base e aí nós conseguiríamos muita coisa. (Ind_03 Pop_03).

Segundo a fala desse depoente, o que falta é trabalho na base da sociedade, ou seja, aproximar os tomadores de decisões, os profissionais e, até, os acadêmicos com a realidade do terreiro, no intuito de transformar o olhar distorcido e discriminatório sobre a cultura e a religião de matriz africana.

Na pesquisa intitulada “Candomblé e políticas públicas de saúde em Salvador, Bahia”, se explora a importância da participação das organizações da sociedade civil na busca de colaboração e diálogo entre os candomblés baianos e os órgãos de saúde pública, articulando atividades, tais como as feiras de saúde nos terreiros. Contudo, os autores concluem que, apesar dos esforços, o quadro de saúde não mudou e os terreiros continuam sofrendo discriminação (SERRA, PECHINE, PECHINE, 2010).

Continuando com a terceira partição na CHD, esta deu origem a Classe 5. Como aconteceu com os outros grupos de atores, a classe foi nomeada dentro da dimensão do acesso às ações e serviços de saúde, com foco na atenção hospitalocêntrica da saúde, mostrando que as expectativas da população sobre o cuidado da saúde, de certa forma, respondem ao atendimento das doenças, ao curativo, à prescrição medicamentosa, enfim, à clínica médica, restando valorar as medidas de prevenção da doença e promoção da saúde.

Todavia, o discurso dos atores confirma que essas expectativas ainda não foram superadas, pois existe uma desassistência médica da população negra, tal como descreve a liderança em continuação: “Aqui em Salvador é muito complicado conseguir um médico fácil, uma consulta fácil, até hoje está nesse clima chato e nós precisamos melhorar isso, porque se nós não temos médico, nós não temos saúde” (Ind_02 Pop_03).

Se parece difícil para quem tem proximidade com as instituições de saúde, a situação é muito pior para quem reside nas periferias, e tem que se deslocar para procurar o atendimento. O exemplo a seguir foi relatado por uma liderança da Ilha de Maré, uma comunidade reconhecida Quilombola:

Então é um médico só para todo mundo, para atender todas as especialidades, crianças, adultos, adolescentes. E não, eles não conseguem com a demanda, tem muita gente que não consulta na unidade de saúde porque sabe que não vai resolver nada, então vem diretamente para o continente para procurar um hospital, para poder fazer um tratamento ou para vir se tratar porque na comunidade não é a contento.

Faustino (2012) trouxe essa discussão sobre as dificuldades de manter os profissionais de saúde, principalmente os médicos, nas comunidades tradicionais, geralmente naquelas que estão mais afastadas dos centros urbanos. Ainda assim, existem outros obstáculos que agudizam a situação da população negra, como é o preconceito sofrido quando eles conseguem ter um atendimento: “[...] eu que sou uma pessoa idosa, eu acho que nós deveríamos ter um carinho, assim, para ser atendido e tem médicos que não atende como se nós fossemos seres humanos, entendeu” (Ind_01 Pop_03).

Cabe salientar que um dos objetivos específicos da PNSIPN é, precisamente, “garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, em particular nas regiões periféricas dos grandes centros, às ações e aos serviços de saúde” (BRASIL, p.38-39). Neste caso, as dificuldades de acesso são um grande obstáculo para a implantação da política.

A quarta partição, por sua vez, originou a Classe 4, e a mesma foi nomeada como “Gestão (intenção estratégica x evidência)”. Na visão das lideranças, existem dificuldades estruturais que impossibilitam a implantação e efetivação das ações contidas na PNSIPN dentro das comunidades, sobretudo no que diz respeito ao exercício do controle social. Diante disso, alguns discursos apresentam um panorama incerto e pouco resolutivo, tal como expressado por um participante:

Me convidaram para fazer parte, te digo sinceramente eu parei de ir porque nós não conseguimos, é muita dificuldade para conseguir um, como é que eu digo, uns benefícios, para conseguir entrar, para conseguir fazer parte disso, parece que é uma coisa assim direcionada para os outros bairros. Lá é uma população carente que realmente precisa de atendimento digno, mas para nós chegarmos no principal, para fazer parte é muito difícil, eu me afastei e não só eu, mas outras pessoas também porque nós não estávamos conseguindo nada. Era uma política para poucos, não é uma política para todo mundo, entendeu. Aí o que é que eu fiz? Me afastei! Eu vou ver o que é que vai acontecer no futuro, que até agora paramos por não conseguir que essa política chegue ao nosso bairro como nosso bairro precisa. (Ind_04 Pop03).

É possível apreciar que o acesso a certas esferas de poder torna-se um processo altamente burocrático e administrativo para quem não tem o conhecimento técnico suficiente. Situação que acaba desestimulando a participação da sociedade na implantação das políticas públicas e, por tanto, no monitoramento e avaliação da sua efetividade.

O texto da PNSIPN reconhece como instrumentos fundamentais na formulação, execução, avaliação e eventuais redirecionamentos das políticas públicas, a participação popular e o controle social, além dos princípios do SUS (BRASIL, 2009). Por conseguinte, não é possível pensar na efetivação de políticas públicas sem se considerar o público-alvo.

A última partição no dendograma gerou as Classes 2 e 3, e as mesmas foram agrupadas e renomeadas na dimensão do acesso às ações e serviços de saúde com foco nas práticas culturais e a participação das unidades de saúde com os terreiros. Neste caso, os achados apresentam experiências positivas, que poderiam ser replicadas com uma efetiva implantação da política, e não só a partir da vontade das lideranças ou profissionais que promovem esse tipo de ações nos espaços religiosos.

Um dos relatos explica como foi feito um trabalho pela secretaria de saúde para prevenção do HIV nos terreiros, sendo que antigamente as práticas culturais não levavam em conta medidas assépticas. Hoje, segundo o entrevistado, não se utiliza mais uma única navalha para raspar os filhos, utilizam luvas e outras medidas assépticas. Nas suas palavras é necessário “[...] criar em cada terreiro um divulgador, um multiplicador, o nome certo, um multiplicador, em cada terreiro, para levar essas informações” (Ind_03 Pop_03). E, complementando a fala anterior, uma liderança religiosa comenta:

Por exemplo, a ACS da minha comunidade, ela consegue deslocar o médico para nossa comunidade para atender o pessoal que faz parte da nossa comunidade, porque é mais fácil o médico indo lá do que conseguir indo na unidade de saúde, parece mentira, mas é verdade (Ind_04 Pop_03).

Parecem casos isolados, mas a importância de ter essa vinculação entre as unidades de saúde e as comunidades continua sendo a medida mais efetiva para garantir esse acesso à população.

Num estudo que trabalhou com a participação das religiões afro-brasileiras no SUS, destacou-se a notoriedade da presença e visibilidade desses grupos nos espaços formais da atenção à saúde, pois isso, na perspectiva da autora, está “abrindo brechas para a problematização e o reconhecimento encadeado da pluralidade religiosa e da diversidade étnico-racial” (López, 2016, p.16).

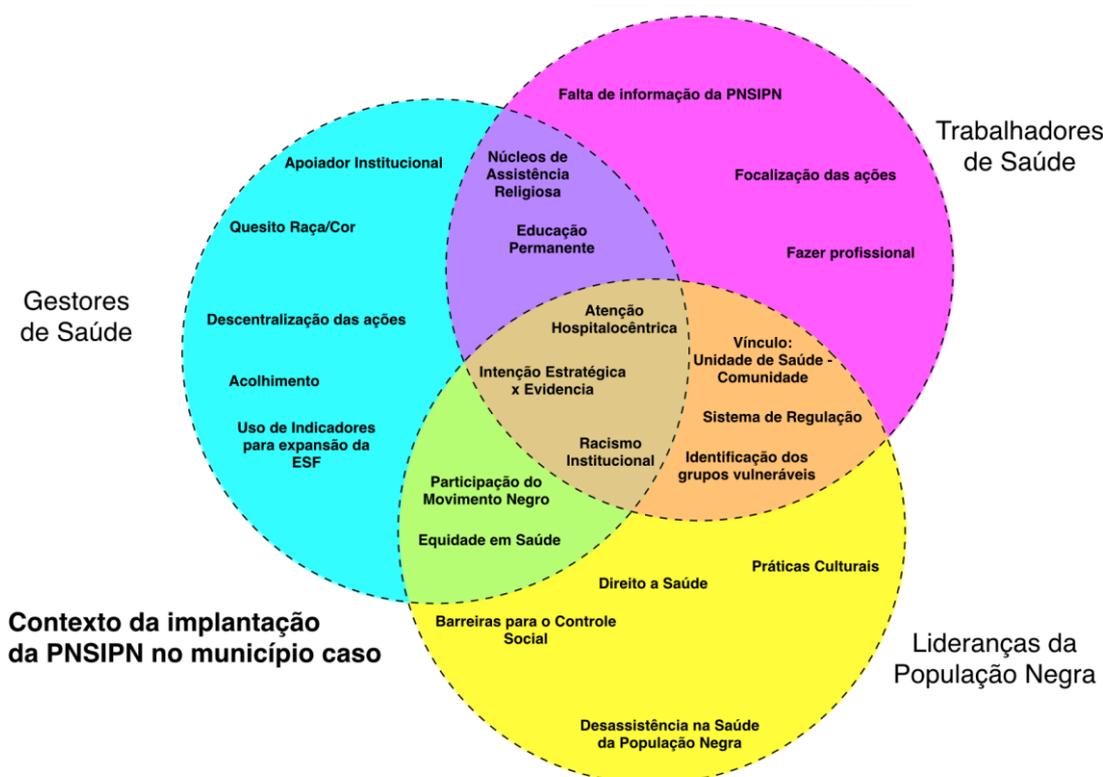
Podemos, então, concluir que o direcionamento das intervenções deve acontecer atingindo os diversos espaços da realidade, seja na abertura de oportunidades para o

controle social, na articulação de atividades dentro do contexto das comunidades – sobretudo as mais periféricas – ou na integração e no respeito das práticas culturais dos grupos tradicionais.

4.1.4 Atores (Des)Favoráveis à Implantação da PNSIPN

A partir da análise dos três dendogramas foi possível identificarmos convergências, divergências e complementaridades entre os atores responsáveis pela instituição da política, originando um modelo explicativo do processo de implantação no contexto escolhido (figura 6).

Figura 6 - Convergências, divergências e complementaridades entre os atores da implantação da PNSIPN no município caso.



Fonte: Própria (2019).

Como temas centrais no discurso dos atores, os achados revelaram a forte influência do racismo institucional nas práticas de cuidado e atenção à saúde da população negra, expresso na falta de um trato digno e qualificado por parte dos trabalhadores de saúde, e na falta de ações concretas no âmbito da gestão para cumprir com o previsto pela PNSIPN, e que acaba colocando em desvantagem esse segmento da sociedade.

Por sua vez, os relatos demonstraram o peso que tem, ainda hoje, a visão hospitalocêntrica na organização dos serviços de saúde. Nesse sentido, o sistema se articula de forma pouco acolhedora para atender as especificidades nas intersecções, sendo que a maioria das ações de saúde é implementada de forma genérica para o total da população e/ou, quando existe alguma diferenciação, de forma focalizada, como acontece no chamado “novembro negro”.

Portanto, a existência da PNSIPN acaba sendo mais uma intenção estratégica do que uma realidade evidenciada. Isso, sobretudo, pelo pouco suporte financeiro e de recursos humanos dado às áreas técnicas responsáveis pela execução da PNSIPN. Assim, o cenário discutido apresenta uma série de avanços e retrocessos na consolidação de ações efetivas e de novas estratégias de intervenção.

Contudo, foi evidenciado, por parte de gestores e lideranças, o importante papel que tiveram os movimentos sociais, especificamente o movimento negro, na luta pelo reconhecimento da grande dívida histórica para com a população negra, trazendo como principal argumento o princípio de equidade preconizado pelo SUS. Ainda que o protagonismo das forças populares pareça menor após ter sido criada a lei, o que sugere a existência de barreiras para o controle social e a falta de incentivo político, para que as lideranças negras possam ocupar os espaços de poder e tomada de decisão.

Apesar disso, a área técnica de assuntos raciais colocou a pauta para frente, através de uma série de atividades de educação permanente com os trabalhadores de saúde, os quais reconhecem a importância de se abordar a temática, devido à lacuna de conhecimentos na própria formação acadêmica. Apesar dos trabalhadores entrevistados afirmarem que não têm conhecimento sobre a PNSIPN ou as ações propostas por ela.

De igual maneira, os relatos de gestores e trabalhadores se complementam na descrição de ações em prol do respeito às práticas culturais dentro das instituições de saúde, como a criação de uma portaria de assistência religiosa, que regula a visita dos pacientes, quando estão internados, por parte das representações religiosas.

Por outro lado, os profissionais da atenção básica afirmam que, apesar do pouco incentivo por parte das instâncias reitoras, conseguem articular ações junto com a comunidade, para a atenção das populações mais vulneráveis, sendo efetuadas tanto na própria unidade de saúde, quanto nos espaços comunitários, dentre eles os terreiros. O

que pode ser constatado em já citada fala de uma liderança religiosa, que diz ser mais fácil conseguir deslocar o médico até a comunidade para fazer os atendimentos do que o contrário, isto através da intermediação de uma agente comunitária de saúde.

Em síntese, nota-se que, apesar dos grandes avanços obtidos no campo da saúde da população negra, como foi a inserção do quesito raça-cor nos sistemas de informação do SUS, existem vários desafios a serem superados, tais como: designação de um orçamento apropriado e estrutura congruentes com as funções da área técnica; a descentralização das ações com responsabilidades e compromissos pactuados entre os gestores das três esferas de governo; a ampliação da cobertura da atenção básica, utilizando indicadores sociais e de saúde; a inclusão de práticas integrativas nas unidades de saúde; e, por último, a articulação com outras esferas sociais como educação, segurança, assistência social, entre outras ações.

4.2 ENUNCIACIONES AVALIATIVAS SOBRE A IMPLANTAÇÃO DA PNSIPN NUM MUNICÍPIO DA BAHIA

4.2.1 Dimensão da Gestão

Para análise desta dimensão, foram considerados e discutidos os dois temas centrais propostos na matriz de indicadores para avaliação da PNSIPN, a saber: Sistemas de Informação e Instância de Promoção de Equidade em Saúde.

No quadro 4 foram identificados e resumidos os principais relatos dos atores com juízos de valor sobre a dimensão da gestão e o tema central "Sistemas de Informação", atribuindo o conceito para cada recorte de fala, a partir da sua proximidade com as premissas.

Quadro 4 - Descrições, termos avaliativos e resultados da avaliação pertinentes à gestão e associados ao tema central "Sistema de Informação".

Dimensão: Gestão
Tema Central: Sistema de Informação

Premissa: A Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, torna obrigatória a coleta e preenchimento do quesito raça-cor em todos os sistemas de informação utilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A identificação da população vulnerável permite estabelecer estratégias de ação, o que agrega valor para a implantação da PNSIPN.

Dimensão: Gestão
Tema Central: Sistema de Informação

Ator	Como é descrito?	Termos Avaliativos	Resultado da avaliação
Ind_04 Pop_01	“O preenchimento do quesito raça-cor, que vai lhe dar uma margem de dados para você trabalhar objetivamente a conotação, como fizemos agora o mapeamento da violência contra a mulher, o IBGE fez. Que deu para perceber que, morreu muito mais mulheres negras do que mulheres brancas, em torno de 15 por cento a mais. O dado está dado. Mas isto não pode ser só com a violência, tem que ser com todas as movimentações dentro das políticas públicas.”	Trabalhar objetivamente todas as políticas públicas	Regular (1)
Ind_05 Pop_01	“... nós precisamos é que a população se autodeclare, nós precisamos que os instrumentos de gestão, tipo o formulário e-SUS, que lá o campo quesito raça-cor a pessoa quando é atendida ela se faça a autodeclararão” “... infelizmente alguns profissionais, nós fazemos a qualificação, eles acham que perguntar a sua cor é como se fosse uma ofensa” “eu tenho dito que nós não precisamos qualificar para perguntar a sua cor, é só dizer qual o seu peso, qual a sua altura, qual a sua cor, aí a pessoa responde...” “Salvador anteriormente já era obrigação a notificação da doença falciforme, então é comum que Salvador tenha grandes avanços em relação à saúde da população negra.”	falta de autodeclaração perguntar a cor é como se fosse uma ofensa não precisamos qualificar, é só dizer qual a sua cor é comum que Salvador tenha grandes avanços	Regular (1)
Ind_01 Pop_02	“Na raça-cor nós, enquanto enfermeiros, nós fazemos aqui o histórico de enfermagem do paciente, quando o paciente é admitido no hospital e umas das perguntas é a raça-cor do paciente e nós colocamos o que ele, como ele se vê, o que ele responde. Nós perguntamos a ele e ele dá a resposta.”	no histórico de enfermagem nós colocamos o que ele responde	Bom (2)
Ind_02 Pop_02	“... se tratando da minha atuação, enquanto assistente social, quando tem violência, seja ela física, emocional, patrimonial, nós precisamos preencher uma ficha de notificação de agravos de violência que é do sistema SISNAM e aí identifica o quesito raça-cor.”	nós precisamos preencher uma ficha de notificação	Bom (2)

Fonte: Própria (2019).

Sabemos que, no campo da saúde, “conhecer como se comportam os agravos dentro da perspectiva étnico-racial é de fundamental importância uma vez que poderá influir na forma de pensar e fazer as políticas públicas desta área” (SMS-SP, 2011, p.11). Por isso, o preenchimento do quesito raça-cor torna-se fundamental para efetivação desta política.

Ante o exposto, os resultados apresentam algumas barreiras para a efetivação da PNSIPN nos serviços: os gestores entrevistados apontam para falhas no processo de identificação dos usuários, seja pela própria dificuldade para se autodeclarar ou pela falta de qualificação do trabalhador de saúde que acha ofensivo perguntar a raça-cor do indivíduo.

Chama a atenção o discurso de um dos gestores (Ind_05 Pop_01), quando sinaliza que não é preciso qualificar aos trabalhadores para perguntar “qual é sua cor?”. Nesse sentido, o gestor responsabiliza ainda mais a população pela falta de efetivação da política, desvalorizando o processo de qualificação dos trabalhadores para o preenchimento correto do quesito e retirando a responsabilidade da gestão. Numa pesquisa que trabalhou com profissionais de saúde de outro município, os autores concluíram que, de acordo com os entrevistados, “esta política não é implantada/implementada porque há falta de interesse dos gestores, subsequente à falta de conhecimento pelos profissionais” (OLIVEIRA, LIMA, FERRARI, 2012, p.674).

De igual forma, percebe-se, pela fala da gestora “Ind_04 Pop_01”, que nem todos os programas ou políticas têm integrado o quesito raça-cor no mapeamento das condições de saúde. Isso pode ser o reflexo da falta de compromisso para integrar as questões raciais dentro de cada agenda política, realidade que se expressa no caso do município estudado. Por outro lado, os trabalhadores de saúde afirmam cumprir com a identificação dos usuários, e reconhecem a presença do quesito nos prontuários utilizados para o atendimento, citando o histórico de enfermagem do paciente e a ficha de notificação de agravos de violência.

O estudo de Filho (2012) descreve a inclusão do quesito raça/cor, em 2006, na notificação da violência doméstica e sexual em serviços de referência, assim como no inquérito de violências e acidentes em emergências hospitalares. Contudo, o autor reconhece que a qualidade das informações apresenta limitações em relação ao

entendimento conceitual do quesito por parte dos trabalhadores, sendo a autodeclaração o meio mais eficaz para o preenchimento.

Por conseguinte, é possível identificar, pela fala dos atores, que “existe um longo caminho a se percorrer em relação ao preenchimento do campo raça/cor nos grandes sistemas nacionais de informação em saúde” (BRAZ, OLIVEIRA, REIS, MACHADO, 2013). E, para isto, é fundamental, além da inclusão do quesito nos formulários, a participação compromissada dos gestores no monitoramento dos sistemas de informação, na capacitação dos trabalhadores de saúde, e no uso efetivo dos indicadores para priorização das intervenções.

Os recortes de fala com as enunciações avaliativas para o tema central denominado “Instância de Promoção de Equidade em Saúde”, pertencente à dimensão da gestão, foram resumidos no quadro 5, mas, cabe salientar que, a simples existência da área técnica não implica na atribuição do melhor conceito, sendo necessária a identificação de elementos que deram suporte à articulação e que influenciam dentro do sistema de saúde.

Quadro 5 - Descrições, termos avaliativos e resultados da avaliação, pertinentes à gestão e associados ao tema central “Instância de Promoção de Equidade em Saúde”.

Dimensão: Gestão

Tema Central: Instância de Promoção de Equidade em Saúde

Premissa: A implantação e funcionamento de instância de promoção da equidade em saúde nos municípios selecionados para o estudo permitem o monitoramento das ações previstas para a promoção da saúde da população negra, o que amplia a legitimidade da PNSIPN.

Ator	Como é descrito?	Termos Avaliativos	Resultado avaliação
Ind_01 Pop_01	<p>“a própria PNSIPN também sofre com esse subfinanciamento, com as suas dificuldades, e eu penso quando eu vou na área técnica que faz essa ação de acompanhamento, de implementação da PNSIPN, é, observar também que eu acho que é um dificultador importante que é o pequeno quadro de recursos humanos destinado, é um grupo extremamente pequeno”</p> <p>“... eu observo também que o comitê da população negra que nós temos aqui dentro da SESAB, para justamente contribuir para o monitoramento e avaliação da PNSIPN, da implementação da PNSIPN, ele é um comitê que tem momentos que ele está mais vivo e tem momentos que ele passa por suas dificuldades...”</p>	<p>área técnica que acompanha a implementação da política, subfinanciada e com recursos humanos insuficientes.</p> <p>Tem momentos que ele está mais vivo e tem momentos que passa por dificuldades</p>	Regular (1)

Dimensão: Gestão			
Tema Central: Instância de Promoção de Equidade em Saúde			
Ind_03 Pop_01	“Então o fato de existir a SEPRONI, existir na DGC uma área específica voltada para a promoção da saúde da população negra, tudo isso são iniciativas fundamentais, importantes. Nesse sentido de superação desse contexto historicamente vivenciado. Ainda estamos longe de chegar no ideal, mas isso em si já é uma grande conquista.”	Tudo isso são iniciativas fundamentais, porém estamos longe de chegar ao ideal	Regular (1)
Ind_04 Pop_01	“Você se manter duras penas no funcionamento do Comitê Nacional de Saúde da População Negra no Estado da Bahia, fazendo esse trabalho de formiguinha, de formação, fazendo articulações, com a Escola de Saúde Pública, as universidades, eu vou direto fazer palestra na escola Baiana de Medicina, o pessoal convida o comitê para o ISC têm nos convidado bastante, para as universidades privadas que tem curso de saúde. Isso eu considero um avanço considerável, estarmos em colegiados como esses, de comunidades tradicionais, dialogando com a sociedade civil, da importância deles tomarem conhecimento do controle social do SUS e exigir do seu governante local, que é o município, que é o Estado, isso são coisas que são positivas.”	Manter duras penas o funcionamento, trabalho de formiguinha, isso são coisas positivas, um avanço considerável	Regular (1)
Ind_05 Pop_01	“... a participação dos movimentos sociais, eles pediram uma coordenação de saúde da população negra, baseado em estudos científicos das diversas universidades...” “Então, no nível de instrumento de gestão hoje, a Bahia tem instrumento de gestão para monitoramento e avaliação da saúde da população negra...” "O racismo institucional, infelizmente, ele leva à máquina pública a não ter esse olhar específico para... um olhar específico para aquela população, para aquela comunidade, entendeu! Há uma falha no instrumento de gestão”	reconhece a influência dos movimentos sociais Existe instrumento de gestão, porém apresenta uma falha por causa do racismo institucional	Regular (1)

Fonte: Própria (2019).

O debate sobre a instância de promoção de equidade racial foi identificado unicamente nos discursos dos gestores, sendo que a maioria deles reconhece a importância de contar com uma área técnica encarregada de estruturar, motivar e avaliar a PNSIPN no Estado da Bahia e, conseqüentemente, no Município de Salvador.

Nessa linha, a realização de estratégias para implantação da política recai sobre a Secretaria de Promoção de Igualdade Racial (SEPROMI), que está vinculada à Diretoria de Gestão do Cuidado da Secretaria do Estado. No entanto, as falas revelaram a presença de outras instâncias que favorecem a efetivação das ações previstas na política, e que são parte do controle social, tais como, o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, as instituições de ensino superior e os centros de pesquisa.

Apesar de contar com a estrutura organizacional nas jurisdições supracitadas, os atores reconhecem a falta de recursos financeiros e humanos para desenhar as estratégias e executar as ações para efetivação da política, tal como expressa a gestora (Ind_01 Pop_01): “[...] a própria PNSIPN também sofre com esse ‘subfinanciamento’, um dificultador importante, que é o pequeno quadro de recursos humanos destinado”.

Percebe-se, portanto, que a existência de uma instância de promoção de equidade racial não garante a efetivação de ações contempladas no planejamento e na formulação da PNSIPN, uma vez que o racismo institucional leva o aparelho do Estado a não ter esse olhar específico. Desse modo, a implantação da política encontra-se longe de alcançar o ideal, tal como referem os entrevistados.

Neste cenário, parece que a resposta por parte das instâncias governamentais é motivada pela demanda dos movimentos sociais, porém, criando instrumentos ou normas sem nenhum tipo de suporte financeiro, ou de recursos humanos, para o sucesso das mesmas. A política, assim, acaba sendo um mecanismo estratégico para aliviar as tensões sociais e não como medida efetiva de reparação.

O quadro 6 apresenta o balanço geral dos conceitos atribuídos aos temas centrais da dimensão da gestão. Percebe-se que, no resultado global da dimensão (Resultado T), foi atribuído o conceito de “Regular”, pois as enunciações não convergiram com o estabelecido nas premissas.

Quadro 6 - Balanço geral dos conceitos alcançados na dimensão da gestão segundo os resultados da avaliação.

Dimensão da Gestão	
Tema Central	Resultado P
Sistema de Informação	Regular (1,5)
Instância de Promoção da Equidade em Saúde	Regular (1)

Dimensão da Gestão	
Resultado T	Regular (1,3)
A média aritmética para atribuição do conceito foi calculada com 1 decimal, portanto foi utilizada a aproximação com o número maior (por exemplo: de 0,05 passa a 0,1 e assim por diante).	

Fonte: Própria (2019).

Desse quadro, é possível destacar a relação intrínseca dos elementos ou temas centrais abordados. Por um lado, temos um sistema de informação que ainda não consegue superar os entraves do processo de coleta do quesito raça-cor, vinculado à falta de capacitação e/ou interesse dos envolvidos, e, por outro, existe uma instância que trabalha a “duras penas”, com os poucos recursos destinados para dar conta da política, criando um contexto perverso, que não favorece a implantação.

Diante o quadro anterior, supõe-se que há posições contrárias à existência do campo da saúde da população negra. Segundo Faustino (2012), há quatro tipos de argumentos teóricos para este fenômeno: o dissenso quanto a validade do uso do conceito de raça; a crítica à importação da discussão birracial (branco/negro) norte-americana ao contexto brasileiro; a discordância quanto as influências do racismo como determinante social e estrutural da saúde; e, finalmente, a classificação do campo saúde da população negra como política de focalização, atentando ao princípio da universalidade.

No caso estudado, percebe-se a mistura desses argumentos, com um destaque especial para as colocações que entendem a PNSIPN como uma política focalizada e não transversal. Esse resultado já foi encontrado no estudo de Santos e Santos (2013), através das narrativas de profissionais da atenção primária, revelando que as políticas de promoção da igualdade racial ferem o princípio constitucional da igualdade, em vista de que as políticas universalistas contemplam a todos igualmente.

Portanto, admite-se o mesmo exposto por Xavier (2012), quando este afirma que se faz necessário compreender o fenômeno saúde-doença em uma abordagem social e epidemiológica, levando em consideração os aspectos étnico-raciais como elementos estruturantes das desigualdades sociais e iniquidades no acesso à saúde.

4.2.2 Dimensão do Acesso às Ações e Serviços de Saúde

Segundo a matriz de indicadores, esta dimensão contempla a avaliação de 10 aspectos, elencados nos seguintes temas centrais: Atenção Integral à Saúde da Mulher e

Criança; Vigilância às Violências; Acesso a Serviços Especiais; Assistência ao Idoso Negro; Atenção à Saúde do Homem; Atenção à Saúde da comunidade LGBT; Atenção à Saúde da População do Sistema Prisional. No entanto, somente foram avaliados os três primeiros temas, pelo fato de serem contemplados nas falas dos sujeitos.

Em relação ao primeiro tema, o quadro 7 apresenta os principais relatos dos atores, com juízos de valor na dimensão de acesso às ações e serviços de saúde. Cabe salientar que, neste caso, será analisado apenas o primeiro aspecto vinculado à atenção da gestação na matriz de indicadores, sendo que não houve registros avaliativos que evidenciaram o processo de implementação de ações para mulheres ou crianças negras como grupos diferenciados.

Quadro 7 - Descrições, termos avaliativos e resultados da avaliação pertinentes ao acesso às ações e serviços de saúde, e associados ao tema central “Atenção à Saúde da Mulher e Criança”.

Dimensão: Acesso às Ações e Serviços de Saúde
Tema Central: Atenção Integral à Saúde da Mulher e Criança

Premissa: A Rede Cegonha tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país, e será inserida, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação respeitando o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil, e razão mortalidade materna e densidade populacional. Assim, através dessa estratégia será possível identificar situações de vulnerabilidade da população negra, e possíveis encaminhamentos para assegurar às mulheres negras o direito ao planejamento reprodutivo, e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Ator	Como é descrito?	Termos Avaliativos	Resultado da avaliação
Ind_01 Pop_01	“... a própria literatura brasileira aponta que o tempo do preventivo a uma mulher branca ele é maior do que o tempo da atenção, do preventivo a uma mulher negra. Então, nós temos dificuldade, nós temos literatura, nós temos indicadores que apontam uma necessidade de melhorar essa assistência e essa qualidade da atenção aos usuários da população negra e melhorar o acesso.”	Existe uma dificuldade e ao mesmo tempo necessidade de melhorar assistência, a qualidade e o acesso.	Ruim (0)

Dimensão: Acesso às Ações e Serviços de Saúde
Tema Central: Atenção Integral à Saúde da Mulher e Criança

Ind_03 Pop_01	“... a questão de um cuidado diferenciado a uma gestante que faz pré-natal e ela tem uma tendência maior de desenvolver uma hipertensão gravídica, uma pré-eclâmpsia, uma eclampsia em função de ser uma gestante negra por exemplo. Então essas questões nós vimos fazendo um link importante com a DGC na perspectiva de que se nós temos uma população negra importante no Estado da Bahia, nós precisamos cuidar de questões que são igualmente importantes...”	Vêm fazendo um link importante com a DGC pela necessidade de cuidar dessa questão	Bom (2)
Ind_04 Pop_01	“Tem a mortalidade materna, quem morre mais são as mulheres negras. Entendeu. Porque o pré-natal é mal feito, olha a base, olha a educação primária. Quem faz o pré-natal? É o hospital, é a maternidade? Quem faz o pré-natal é a unidade de saúde! Então, nós temos que uma das questões é equipar essa unidade de saúde de profissionais treinados e qualificados, e gestores treinados e qualificados, com movimentos sociais, também, treinados e qualificados, para que nós possamos ter isso muito bem pautado na saúde da mulher, na política de saúde da mulher e nas redes, a construção de rede para a inserção do ser humano, independente de gênero, raça-cor”	Pré-natal mal feito. Necessidade de equipar as unidades de saúde com pessoal qualificado, ainda não foi bem pautado na saúde da mulher.	Regular (1)
Ind_01 Pop_03	“Eu acho que o governo na realidade teria que tomar uma paternidade, principalmente para morte materna, que nós sabemos que é um problema que agrava a nossa população negra, as mulheres, principalmente as mulheres negras, as mulheres periféricas, as mulheres pobres, e que eu acho que o governo deveria dar uma atenção maior para esse problema de nossa população negra...”	Precisa de uma atenção maior à mortalidade materna	Ruim (0)
Ind_05 Pop_03	“Então, além do caso das mulheres que é pior, porque as gestantes têm que atravessar também porque não tem atendimento nenhum na comunidade. E aí na hora de parir, porque elas não querem ficar em casa de familiar, aquele corre e corre para trazê-las para poder vir para a maternidade, procurar ainda uma maternidade que a atenda para ela parir.”	O caso das mulheres é pior, falta atendimento, tem que cruzar o continente.	Ruim (0)

A partir do relatado pelos atores, é possível afirmar que, em consonância com o previsto pela PNSIPN, não houve avanços significativos na consolidação de um atendimento digno às mulheres negras em período de gestação no município caso. Ademais, segundo afirma uma gestora (Ind_01 Pop_01), existe uma dificuldade para melhorar a qualidade do acesso para essa população, apesar de contar com a evidência científica que justificaria tal intervenção.

Em complementariedade, algumas lideranças (Ind_01 Pop_03 e Ind_05 Pop_03) confirmaram que existe uma desassistência na saúde das mulheres negras em estado gravídico, devido, principalmente, a pouca oferta de serviços em áreas pobres e periféricas, provocando o deslocamento das mesmas, na busca de atendimento nas áreas urbanas, e em casos mais graves a morte.

Contudo, podemos observar, nos relatos de duas gestoras, que existem algumas perspectivas para a superação desses obstáculos, tais como a articulação da Diretoria de Atenção Básica com a Diretoria de Gestão do Cuidado, a priorização de ações a partir de um indicador de vulnerabilidade social (Ind_03 Pop_01), e, finalmente, o equipamento das unidades de saúde que realizam o controle pré-natal, com a participação de uma equipe devidamente treinada e qualificada e dos movimentos sociais (Ind_04 Pop_01).

A inserção da perspectiva racial nos instrumentos do SUS subsidiou importantes insumos para a implantação da PNSIPN no país, apresentando diversas desigualdades sociais, como a maior razão de mortalidade materna entre as mulheres negras (BATISTA, MONTEIRO E MEDEIROS, 2013). No entanto, os achados apresentam um cenário que não difere muito dessa realidade, no qual as mulheres negras continuam morrendo por causas que são preveníveis e injustas.

No quadro que segue (8), foram resgatadas enunciações avaliativas correspondentes às falas de uma gestora e duas trabalhadoras de saúde, as quais contemplam elementos que permitiram a análise do tema central “Vigilância às Violências”.

Quadro 8 - Descrições, termos avaliativos e resultados da avaliação pertinentes ao acesso às ações e serviços de saúde, e associados ao tema central “Vigilância às Violências”.

Dimensão: Acesso às Ações e Serviços de Saúde
Tema Central: Vigilância às Violências

Premissa: A vigilância de violências, considerando política de direitos humanos, visa à proteção integral das vítimas, testemunhas e seus familiares, por meio da assistência psicossocial e promoção dos seus direitos humanos, com acesso seguro a políticas públicas sociais. Quando essa vigilância é estratificada pelo quesito raça-cor, permite identificar situações de vulnerabilidade da população negra.

Ator	Como é descrito?	Termos Avaliativos	Resultado da avaliação
Ind_01 Pop_01	“... nós também temos questões que dialogam com os DSS que são, sobretudo, os processos de violência, as manifestações das questões sociais que a população negra vivencia no nosso país, não é, nós temos hoje uma situação de agravamento da pauperização, do empobrecimento e isso reflete no acesso à saúde.”	Processos de violência vinculados à pobreza refletem no acesso à saúde	Ruim (0)
Ind_01 Pop_02	“... nós vemos uma questão em lesões por arma branca, lesões por arma de fogo, espancamento e outras violências, nós vemos uma, empiricamente, eu não tenho dados para isso, mas a minha observação empírica é de que a população negra é a maioria dessas situações.”	Dados empíricos apresentam uma prevalência da violência na população negra	Ruim (0)
Ind_02 Pop_02	“Eu aqui no meu fazer profissional acolho muitas mulheres vítimas de violência, violência doméstica em que se submetem a esses tipos de violência porque as mulheres muitas vezes são dependentes economicamente do parceiro...” “... eu acho que se tivesse algum centro de referência voltado para o acolhimento dessas mulheres seria muito importante. Um acolhimento, claro, que comportasse o abrigo dos filhos e filhas.”	Muitas mulheres pobres sofrem violência doméstica e não tem um centro que dê um acolhimento que contemple os filhos	Ruim (0)

Fonte: Própria (2019).

Diante do panorama apresentado acima, podemos identificar, facilmente, que existe pouca concordância com a premissa designada para avaliar esta temática. Isto porque, embora a violência seja reconhecida como um fator que afeta principalmente à população negra, essa realidade é vinculada ao empobrecimento da população, e não precisamente às questões raciais (Ind_01 Pop_01).

Em contraste, outros atores conseguem perceber que as violências tem uma forte relação com a raça/cor da pele, porém, baseados em observações empíricas. Situação que sugere o “desuso” ou “mau uso” das informações, quando coletadas, dos sistemas de informação. Em outras palavras, o desconhecimento dos indicadores de saúde desagregados pelo quesito raça/cor não permite a identificação de situações de vulnerabilidade da população negra.

Segundo o relato de uma assistente social (Ind_02 Pop_02), não existem suficientes centros de referência para mulheres que sofrem violência doméstica. Situação que se agrava quando a mulher depende economicamente do parceiro, tem filhos menores, e baixa escolaridade. Em conformidade com o exposto, alguns estudos revelam que “o Estado, por meio das políticas públicas, não tem conseguido coibir a violência doméstica e familiar, especialmente, no que diz respeito às mulheres negras” (CARNEIRO, 2017, p.22).

Partindo para o tema central denominado “Acesso a Serviços Especiais”, os achados apresentam a visão de três atores da área da gestão (quadro 9). Antes, é necessário explicitar, da mesma forma como foi feito com o tema “Atenção à Saúde da Mulher e Criança”, que os dados coletados permitiram identificar enunciações avaliativas para um dos dois itens propostos na matriz de indicadores.

Quadro 9 – Descrições, termos avaliativos e resultados da avaliação pertinentes ao acesso às ações e serviços de saúde, e associados ao tema central “Acesso a Serviços Especiais”.

Dimensão: Acesso às Ações e Serviços de Saúde
Tema Central: Acesso a Serviços Especiais

Premissa: O atendimento com qualidade às pessoas com Doença Falciforme contribui para assegurar a integralidade da atenção à população negra, o que agrega valor à implantação da PNISPN.

Ator	Como é descrito?	Termos Avaliativos	Resultado da avaliação
------	------------------	--------------------	------------------------

Dimensão: Acesso às Ações e Serviços de Saúde
Tema Central: Acesso a Serviços Especiais

Ind_01 Pop_01	<p>“nós fizemos uma discussão para justamente dar visibilidade a questões de dores que poderiam ser associadas à doença falciforme, que nós no protocolo não tínhamos essa compreensão e nada que vislumbrasse um olhar mais atencioso do trabalhador que estava é, como é que eu posso colocar, do trabalhador que estava trabalhando com o protocolo, de ter essa sensibilidade, de: -olhe será que essa dor desse adolescente não tem a ver com a doença falciforme?”</p> <p>“nós observamos que a doença falciforme, em termos de organização de serviços, ela sempre ficou, historicamente, negligenciada. E será que isso não tem a ver também com o processo de racismo no Brasil?”</p>	<p>Discussão da temática para dar visibilidade e ter um olhar mais atencioso.</p> <p>Organização da atenção à doença sempre ficou negligenciada.</p>	Bom (2)
------------------	--	--	---------

Ind_04 Pop_01	<p>“Qual a principal responsabilidade da SESAB? É a redução de danos! Não é a prevenção da hipertensão! Não é a prevenção e a prevenção da doença falciforme, diagnosticando com o teste do pezinho, com os exames de laboratório! Que é lá que deve ser feito o diagnóstico precoce, para que quando a pessoa saiba que tem a doença falciforme, fazer toda a sua observação preventiva. Porque se ele for traço, se ele for realmente doente, ele precisa ter o aparato de orientação necessária para não chegar a crise. Que aí sim é responsabilidade da SESAB!”</p>	<p>A atenção básica daria conta da prevenção, diagnóstico, atenção e orientação das pessoas com doença falciforme antes de chegar à crise.</p>	Bom (2)
------------------	--	--	---------

Dimensão: Acesso às Ações e Serviços de Saúde
Tema Central: Acesso a Serviços Especiais

Ind_05 Pop_01	<p>“Nós pegamos de 2014 até 2017 e avaliamos pelo quesito raça-cor o acesso, a doença falciforme nos serviços hospitalares. E nós percebemos que em 2014 nós tínhamos mais pessoas brancas com doença falciforme internadas do que a população negra. Qual era a análise? É que a pessoa branca estava tendo acesso ao serviço de saúde. A pessoa negra que chegava lá, ela tinha pouco acesso, além de não ter autodeclararão. Quando você avalia o gráfico chega em 2017, esse gráfico já é realista. Aí em 2017 você já tem um percentual muito pequeno da população branca, proporcionalmente a população negra é muito maior e isso é um grande avanço, porque eu estou falando de um evidência documental.”</p>	<p>A melhoria no acesso da população negra com doença falciforme aos serviços de internamento pode ter relação à melhoria na autodeclaração.</p>	<p>Bom (2)</p>
------------------	---	--	----------------

Fonte: Própria (2019).

Nesta ocasião, as falas dos entrevistados convergiram para dar a atribuição do conceito “Bom” ao tema central discutido, sendo que as enunciações estão alinhadas com a premissa proposta. Todavia, não achamos informação suficiente para constatar que realmente se dá um atendimento com qualidade às pessoas com doença falciforme, sendo que “em termos de organização de serviços, ela sempre ficou, historicamente, negligenciada” (Ind_01 Pop_01).

Ao mesmo tempo, os achados reafirmam o importante papel da atenção básica na prevenção e diagnóstico oportuno das condições de saúde que acometem a população negra, tal como relata uma das gestoras da SESAB:

[...] é lá [na atenção básica] que deve ser feito o diagnóstico precoce, para que quando a pessoa saiba que tem a doença falciforme fazer toda a sua observação preventiva. Porque se ele for traço, se ele for realmente doente, ele precisa ter o aparato de orientação necessária para não chegar à crise. (Ind_04 Pop_01)

Cabe destacar, novamente, a relevância do preenchimento do quesito raça/cor em todos os formulários e serviços do SUS, dessa vez, como estratégia para monitorar os avanços/retrocessos do processo de implantação da política. Tal como foi relatado por um dos gestores, referindo-se ao internamento de pessoas com doença falciforme:

[...] em 2014 nós tínhamos mais pessoas brancas com doença falciforme internadas do que a população negra. Qual era a análise? É que a pessoa branca estava tendo acesso ao serviço de saúde. A pessoa negra que chegava lá, ela tinha pouco acesso, além de não ter autodeclaração. [...] Aí em 2017,

you already have a very small percentage of the white population, proportionally the black population is much larger. (Ind_05 Pop_01).

Do balanço geral dos conceitos atribuídos a cada tema, na dimensão do acesso às ações e serviços de saúde, foi gerado o quadro 10. Neste caso, a média aritmética dos três temas analisados deu como resultado global (Resultado T) o conceito de “Ruim” para esta dimensão, apesar da boa atribuição que apresentou o tema denominado “Acesso a Serviços Especiais”.

Quadro 10 – Balanço geral dos conceitos alcançados na dimensão do acesso às ações e serviços de saúde, segundo os resultados da avaliação.

Dimensão do Acesso às Ações e Serviços de Saúde	
Tema Central	Resultado P
Atenção à Saúde da Mulher e Criança	Ruim (0,6)
Vigilância às Violências	Ruim (0)
Acesso a Serviços Especiais	Bom (2)
Resultado T	Ruim (0,9)
A média aritmética para atribuição do conceito foi calculada com 1 decimal, por tanto foi utilizada a aproximação com o número maior (por exemplo: de 0,05 passa a 0,1 e assim por diante).	

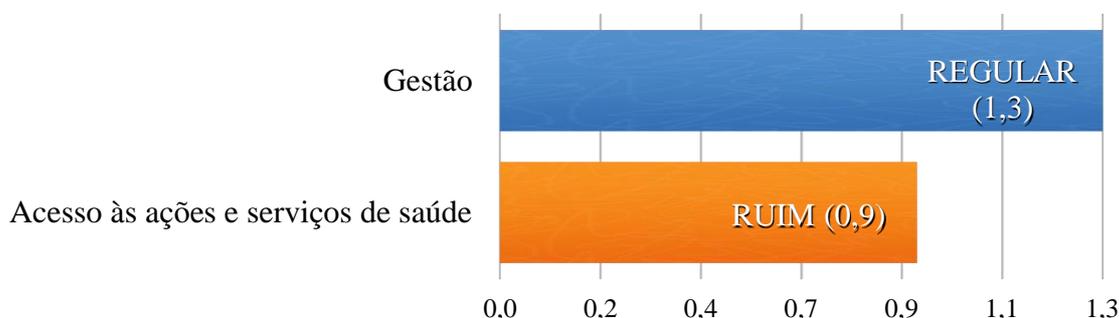
Fonte: Própria (2019).

A partir dessa análise, constata-se que o sistema de saúde apresenta vários entraves para a efetivação da PNSIPN, sendo um dos principais a falta de organização da rede de atenção, para dar conta das necessidades e demandas de saúde da população negra. Assim, a aparente melhoria na qualidade da prestação dos serviços encontra-se ameaçada pela falta de acesso nas regiões periféricas, onde estão localizadas, majoritariamente, as comunidades carentes.

Em síntese, esta dimensão não apresentou avanços significativos para o processo de implantação da PNSIPN no município caso, pelos fatos já discutidos. Entretanto, existem evidências, em algumas falas, que permitem vislumbrar alguns caminhos para a correção dos rumos da política, a fim de melhorar sua efetivação na organização do SUS, que serão abordados nas considerações finais.

Por último, apresentamos de forma gráfica o resultado final da avaliação do processo de implantação no município escolhido como caso (gráfico 1).

GRÁFICO 1 - RESULTADO FINAL DA AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA PNSIPN NO MUNICÍPIO CASO, COM BASE NAS DIMENSÕES DE ANÁLISE. BAHIA, 2019.



Fonte: Própria (2019).

Conforme apresentado no gráfico acima, a dimensão da “Gestão” teve uma melhor avaliação em relação à dimensão do “Acesso às ações e serviços de saúde”, porém, ambas as categorias apresentaram conceitos não desejáveis para o processo de implantação da política. Isto sugere a influência de fatores contextuais no município estudado, haja vista que, apesar da criação da política ser reconhecida como um avanço importante, as demandas de saúde da população continuam desatendidas, os trabalhadores desconhecem a política e, finalmente, os gestores percebem barreiras organizacionais para que a PNSIPN seja efetivamente implantada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, ao avaliar como se dá o estabelecimento da PNSIPN no município caso, permitiu evidenciar a influência do contexto e do suporte dado pelos atores da implantação sobre a efetivação da política na rede de atenção à saúde. Foi possível evidenciar a presença de velhos problemas relacionados, principalmente, à persistência do racismo institucional nas esferas de poder, assim como a falta de novas estratégias para superação das desigualdades sociais.

O contexto analisado se mostra pouco favorável para a inserção efetiva da política, porque, apesar de contar com uma área técnica que deveria acompanhar esse processo, os recursos técnicos e financeiros para o desenvolvimento de ações não são suficientes, o que limita o fazer da gestão. Portanto, os achados revelam que a política é mais uma intenção estratégica do que uma realidade evidenciada, constituindo-se como

um recurso político para aliviar as tensões geradas no seio da sociedade, principalmente pelos movimentos sociais.

Dessa forma, a análise lexical, através do software Iramuteq, demonstrou ser uma ferramenta adequada na organização dos conteúdos, através das classes dos dendogramas, facilitando a análise de um grande volume de dados.

Por outro lado, as enunciações possibilitaram a atribuição de conceitos às dimensões “Gestão” e “Acesso às ações e serviços de saúde”, tendo como resultado final da avaliação o conceito “Ruim”. Torna-se evidente que a política no município caso ainda não foi devidamente implementada, segundo o Modelo de Análise Político utilizado para este estudo. Esse resultado pode nos levar à seguinte reflexão: se o município estudado já possuía algumas ações efetivadas, anteriores à elaboração da política, e ainda assim seu conceito de implantação foi ruim, o que poderá ser encontrado em outros municípios brasileiros? Supomos que a fragilidade e os constrangimentos na inserção de uma política afirmativa em municípios brasileiros refletem o racismo institucional, e o não alcance do princípio da equidade, estabelecido na Lei Orgânica da Saúde. Nesse contexto atual, com as políticas neoliberalistas defendidas pelo governo eleito em 2018, a situação pode ficar ainda mais complexa, caso os movimentos sociais não se fortaleçam e busquem (re)caminhos para um novo fazer de participação social.

Destacam-se também algumas limitações que podem ter influenciado a profundidade dos achados, tais como: a não inclusão da técnica de análise documental nesta pesquisa, por questões relativas ao prazo de conclusão do mestrado; a participação exclusiva de gestores do nível estatal, visto que não tivemos acesso à instância municipal; a limitação teórico-conceitual dos indicadores qualitativos da matriz de indicadores utilizada, a qual ponderamos que deve ser revista; e, por último, as limitações do contexto atual, relacionadas ao momento político que atravessa o país.

Apesar desses impasses, foi possível conhecer como tem se organizado o município para atender as demandas da população negra, sobretudo no que diz respeito às ações e estratégias utilizadas pelos atores para atenção da saúde. Dessa forma, julgamos pertinente a realização de outros estudos que possam discutir melhor as perspectivas trazidas por outros atores para melhorar a implantação, assim como a inclusão de novas

variáveis qualitativas na matriz de indicadores, que podem ser abordadas através do estudo de caso.

Outras pesquisas também poderão ser realizadas com vistas ao aprofundamento na compreensão dos processos de participação popular e de controle social no monitoramento e avaliação das ações contidas na política, sendo que os achados revelaram um caminho incerto para uma efetiva participação social nos espaços de poder.

Desenvolver uma investigação dessa natureza teve um impacto qualitativo importante na minha formação profissional, mas, sobretudo, na minha vivência como ser humano, me tornando uma pessoa mais sensível das condições de vulnerabilidade em que vivem as pessoas negras. Conhecer uma cultura tão diferente, com um linguajar único e uma realidade tão díspar à que eu conhecia, deixou uma marca importante na minha vida.

No transcurso dessa travessia, conheci espaços maravilhosos, diversidades de olhares, e muitas pessoas que permitiram que eu caminhasse com elas, ouvisse seus relatos, experimentasse as suas raízes, e até que tivesse que conter o choro. Hoje não sou mais aquele jovem inexperiente, que veio para obter uma titulação, mas uma pessoa ciente do quanto o racismo é perverso, fere e mata.

6 REFERÊNCIAS

- ADORNO, R. C. F.; CASTRO, A. L. **O exercício da sensibilidade: pesquisa qualitativa e a saúde como qualidade.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v.3, n.2, p. 172-85, 1994. < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901994000200009&lng=en>
- BATISTA, L. E.; ESCUDER, M.M.L; PEREIRA, J.C.R. **A cor da morte:** causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. Revista de Saúde Pública, v.38, n.5, 2004.
- BATISTA, L. E.; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R. A. **Iniquidades raciais e saúde:** o ciclo da política de saúde da população negra. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 681-690, 2013.
- BATISTA, L. E; WERNECK, J. e LOPES, F. **Saúde da População Negra.** Associação Brasileira de Pesquisadores Negros. Coleção negras e negros: pesquisas e debates. 2a edição ampliada. Brasília-DF, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Brasília – DF, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Temático Saúde da População Negra.** Painel de Indicadores do SUS Nº10, v. 7, 2016.
- BRAZ, R.M.; OLIVEIRA, P.T.R.; REIS, A.T.; MACHADO, N.M.S. **Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde.** Saúde em Debate [online], v. 37, n.99, 2013, p.554-62.
- CAMARGO, B. V. **Alceste:** Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Moreira, A. S. P.; Carmargo, B. V.; Jesuíno, J. C.; Nobrega, S. M. (Eds) Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais (pp. 511-539). João Pessoa: Editora da UFPB, 2005.
- CARNEIRO, S. **Mulheres Negras e Violência Doméstica:** decodificando os números. São Paulo: Geledés Instituto da Mulher Negra, 2017.

- 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.
- CONTANDRIOPOULOS, A. et al. **L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes**. Révue d'Epidemiologie et Santé Publique, Paris, v. 48, p. 517-539, 2000.
- DOMINGUES, P. **Movimento negro brasileiro: alguns apontamentos históricos**. Tempo, Niterói, v. 12, n. 23, p. 100-122, 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-77042007000200007&lng=en&nrm=iso>. Access on 21 June 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-77042007000200007>.
- FAUSTINO, D.M. **A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra**. Ciência & Saúde Coletiva, 22(12):3831-3840, 2017.
- FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALEZ, R. **Como elaborar modelo lógico do programa: um roteiro básico**. Brasília: IPEA, 2007. (Nota técnica).
- FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L.M. **Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições**. In: SAMICO, Isabella et al. Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MEDBOOK, p. 1-14, 2010.
- FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre: Editora ARTMED, 2009.
- GIBSS, G. **Análises de dados qualitativos**. Coleção Pesquisa Qualitativa. Editora Bookman, 2009.
- JORGE, M.H.P.M; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S.L.D. **Avaliação dos sistemas de informação em saúde no Brasil**. Cad. Saúde Coletiva, v. 18, n. 1, p. 7-18, 2010.
- MACHADO, P. **Bahia apresenta o maior número de negros**. A Tarde, 11 nov. 2013. Disponível em: <http://atarde.uol.com.br/bahia/noticias/1546867-bahia-apresenta-o-maior-numero-de-negros>. Acessado em 10 set. 2018.
- MARQUES, G. M. A. **Avaliação da capacidade de gestão em município de uma região de saúde**. Dissertação (Mestrado Profissional). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2017.
- MINAYO, M. C. S. et al. **Métodos, técnicas e relações em triangulação**. In: Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MONTEIRO, M. C. S. **Educação permanente em saúde para a promoção da igualdade racial em saúde.** In: SES-RJ. Políticas de Combate ao Racismo no SUS. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2012

_____. **Desafios da inclusão da temática de étnico-racial na educação permanente em saúde.** In: BATISTA, L. E; WERNECK, J. e LOPES, F. Saúde da População Negra. Associação Brasileira de Pesquisadores Negros. Coleção negras e negros: pesquisas e debates. 2a edição ampliada. Brasília-DF, 2012, p. 142-152.

OAPS. **Glossário Análise Política em Saúde.** Disponível em: <http://analisepoliticaemsaude.org/oaps/documento/noticias/1470062804579f60d46e55d.pdf>

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa.** Petrópolis: Vozes, 2007.

OLIVEIRA, A.F.; LIMA, S.L.; FERRARI, R. **Implementação da Política de Saúde Integral da População Negra no município de Cáceres-MT.** Brasília: Gestão & Sande, v.3 , n.3, p. 941-54, 2012.

PINAFO, E.; CARVALHO, B.G.; NUNES, E.F.P.A. **Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas.** Ciência & Saúde Coletiva, 21(5), 2016, p.1511-24.

PRODANOV, C.C; FREITAS, E.C. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI. **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas.** Revista Brasileira de História & Ciências Sociais, v. 1, n. 1, p. 8-9, 2009.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Promoção de Equidade Racial em Saúde. **Religiões de matriz africana e saúde.** Cartilha Quilombola nº2, 2008.

_____. **Quilombos urbanos de Salvador e a saúde da população negra.** Cartilha Quilombola nº2, 2008.

SANTOS, A. G. G. **Avaliação do processo de gestão em saúde: estudo de caso em um município baiano.** Dissertação (Mestrado Profissional), 156 f. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2014.

SANTOS, S. S. B. S. **Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia.** Tese (Doutorado), 257 f. Programa de

Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2010.

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, 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, J.E.; SANTOS, G.C.S. **Primary care professionals' narratives about the national policy of black population integral health.** Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 563-570, Dec. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400003&lng=en&nrm=iso>. Access

on 18 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-1104201300040000>

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. **Análise do Quesito Raça/Cor a partir de Sistemas de Informação da Saúde do SUS.** Boletim CEInfo, ano VI, nº5, 2011.

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.

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: Ipea, 2009. p.147-70.

SILVA, J.M.; NASCIMENTO, M.A.A. **Planejamento em saúde:** a dialética entre teoria e prática. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2011. 238 p.

SOUZA, H. J. **Como se faz análise de conjuntura.** 34 ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. **Informe Epidemiológico.** Suplemento 2, v.7, nov. 2016.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. M. M. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente:** um modo de fazer. São Paulo: EDUSP, 2004.

TUZZO, S. A.; BRAGA, C. F. **O processo de triangulação da pesquisa qualitativa: o metafenômeno como gênese.** Rev Pesq Qualitativa. São Paulo, v. 4, n.5, p. 140-158, ago. 2016.

VIEGAS, D. P.; VARGA, I. V. D. **Promoção à saúde da mulher negra no povoado Castelo, Município de Alcântara, Maranhão, Brasil.** Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.3, p.619-630, 2016.

WLAMYRA, R.A.; FILHO, W.F. **Uma história do negro no Brasil.** Salvador: Centro de Estudos Afro-Orientais; Brasília: Fundação Cultural Palmares, 2006.

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

_____. **Case Study Research.** London: Sage. 2009.

7 APÊNDICES

7.1 LISTA DE TEXTOS SELECIONADOS NO ESTADO DA ARTE

Nº	Título	Ano	Revista	Autores
1	A participação dos atores na formulação da política de saúde da população negra na cidade de Salvador.	2013	Physis	Araújo, M.V.R.; Teixeira, C.F.
2	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional.	2015	Ciência e Saúde Coletiva	Chehuen Neto, J.A.; Fonseca, G.M.; Brum, I.V.; Dos Santos, J.L.C.T; Rodrigues, T.C.G.F; Paulino, K.R.; Ferreira, R.E.
3	Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra	2013	Saúde em Debate	Luís Eduardo Batista; Rosana Batista Monteiro; Rogério Araújo Medeiros
4	Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra	2013	Saúde em Debate	Josenaide Engracia dos Santos; Giovanna Cristina Siqueira Santos
5	Controle da hipertensão arterial sistêmica na população negra no Maranhão: problemas e desafios	2016	Saúde e Sociedade	István van Deursen Varga; Raimundo Luís Silva Cardoso
6	Percepções daqueles que perguntam: qual a sua cor?	2013	Saúde em Debate	Jaqueline Grandi; Miriam Thais Guterres Dias; Simone Glimm
7	A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra.	2017	Ciência e Saúde Coletiva	Faustino, Deivison Mendes
8	Candomblé e políticas públicas de saúde em Salvador, Bahia	2010	Revista de Ciências Sociais	Ordep Serra; Maria Cristina Santos Pechine; Serge Pechine
9	Educação permanente em saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação das relações étnico-raciais e para ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana	2016	Saúde e Sociedade	Rosana Batista Monteiro
10	Corporificação e territorialização das religiões afro-brasileiras no Sistema Único de Saúde	2016	Política e Trabalho	López, Laura

Nº	Título	Ano	Revista	Autores
11	Projeto: Ylê ayié yaya ilera (Saúde plena na casa desta existência): equidade e integralidade em saúde para a comunidade religiosa afro-brasileira	2010	Interface	Márcia Constância Pinto Aderne Gomes
12	Promoção à saúde da mulher negra no povoado Castelo, Município de Alcântara, Maranhão, Brasil	2016	Saúde e Sociedade	Deuzilene Pedra Viegas; István van Deursen Varga
13	Cooperação internacional e políticas de ação afirmativa: o papel da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)	2010	Cadernos de Saúde Pública	Marcos Chor Maio; Fernando A. Pires-Alves; Carlos Henrique Assunção Paiva; Rodrigo Cesar da Silva Magalhães
14	No país do Racismo Institucional: Dez anos de ações do GT Racismo no MPPE. (texto em português) (Resenha de livro)	2017	Ciência e Saúde Coletiva	Silva, Mayalu Matos; de Souza, Rosane Marques
15	Implementação da política nacional de saúde integral da população negra no município de Cáceres-MT	2012	Revista Eletrônica Gestão e Saúde	Oliveira, Aline Figueiredo de; Lima, Solange da Silva; Ferrari, Rogério
16	Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. In times of racialization: the case of the 'health of the black population' in Brazil	2005	História	Marcos Chor Maio; Simone Monteiro
17	O projeto político quilombola: desafios, conquistas e impasses atuais	2008	Revista Estudo Feministas	Leite, Ilka Boaventura
18	O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde	2012	Interface	Laura Cecilia López
19	Biocultural citizenship and embodying exceptionalism: Biopolitics for sickle cell disease in Brazil	2018	Social Science & Medicine	Creary, Melissa S
20	Politics, nationality and the meanings of "race" in Brazil	2000	Daedalus	Fry, Peter
21	Os autores respondem.	2010	Cadernos de Saúde Pública	Maio, Marcos Chor; Pires-Alves, Fernando A; Paiva, Carlos Henrique Assunção; Silva Magalhães, Rodrigo Cesar da

7.2 PROCESSO DE LEMATIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS PARA USO DO SOFTWARE IRAMUTEQ

Como parte do processo de reconfiguração do material coletado, foi utilizado um método de lematização, que consistiu na aplicação das seguintes regras:

- Revisar as palavras que utilizavam uma linguagem popular para ser trocadas por outras aceitas na língua portuguesa formal;
- Substituir os termos considerados como sinônimos, para efeitos do estudo, a fim de homogeneizá-los;
- Deixar, toda vez que aparecessem, as seguintes palavras na forma abreviada, por serem bem conhecidas, principalmente, no campo da saúde: AIDS, ACCR, ACS, APAE, AVC, CEDEBA, CIB, CNPJ, CONASEMS, DEAM, DGC, DSS, ESF, HEMOBA, HGE, HIV, IBGE, LGBT, NASF, PCRI, PPA, SAMU, SEPROMI, SESAB, SISNAM, SUAS, SUS, UEFS, UFBA, UNEB, UPA, UTI. No caso da palavra “política”, esta foi trocada pelas siglas “PNSIPN”, toda vez que os entrevistados apontavam, especificamente, para ela;
- Escrever os nomes próprios em letra maiúscula e separados por *underline*, por exemplo: “Biblioteca Comunitária Zeferina Beiru” “Bolsa Família”, “Diretoria de Atenção Básica”, “Diretoria de Gestão do Cuidado”, “Diretoria de Vigilância Epidemiológica”, “Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher”, “Comitê de Humanização”, “Conselho Estadual de Saúde”, “Estado da Bahia”, “Ministério da Saúde”, “Núcleo de Apoio à Saúde da Família”, “Programa Saúde na Escola”, “Saber Envelhecer”, “Saúde na Medida”;
- Identificar palavras compostas, frequentes no *corpus*, assim como os seus sinônimos, para depois agrupá-los em um único termo, separando cada palavra com *underline*, tal como segue: “apoiador institucional”, “área técnica”, “atenção básica” (atenção primária), “atenção especializada”, “centro de referência”, “comunidades quilombolas”, “controle social” “discriminação positiva”, “doença falciforme” (anemia falciforme), “doença mental”, “educação permanente”, “feira de saúde”, “hipertensão arterial” (hipertensão), “índice de vulnerabilidade social”, “insuficiência renal” “matriz africana”, “modelo lógico”, “movimento negro”, “movimentos sociais”, “plano estadual de humanização”, “política de humanização”, “população branca”, “população indígena”, “população pobre”, “população negra”, “promoção da igualdade racial”, “promoção da saúde”, “raça cor”, “racismo institucional”; “recursos humanos”, “saneamento básico”, “saúde bucal”, “saúde da população branca”, “saúde da população negra”, “serviços de saúde” (serviços, quando a categoria saúde estava implícita), “saúde pública”, “seguridade social”, “sistema de informação”, “sistema de saúde”, “trabalhadores de saúde”; “unidade de saúde” (posto de saúde) e “unidades de saúde”.

8 ANEXOS

8.1 ROTEIRO DE 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)



PROJETO DE PESQUISA

Avaliação da Atenção à Saúde da População Negra e a Intersecção do Racismo sobre as práticas do Cuidado em Estados do Nordeste e Sudeste Brasileiro

|

Roteiro para entrevista

Trabalhadores da rede de saúde (gestão e assistência)

Nome do entrevistador:

Ordem da entrevista:

Data:

Hora do início:

Hora do término:

1. Caracterização dos trabalhadores entrevistados

Idade: _____ (anos) **Sexo:** 1 () Masculino 2 () Feminino

Categoria: 1 Médico 2 () Enfermeiro 3 () Técnico de Enfermagem 4 () Assistente Social
5 Nutricionista 6 () Odontólogo 7 () Agente Comunitário de Saúde (ACS)

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

Tipo de Vínculo: 1 Temporário 2 () Estatutário 3 () Cooperativado

Religião: 1 Católica 2 () Protestante 3 () Espírita 4 () Religião de matriz africana

5 Não tem religião 6 () Outra _____

Município/localidade de residência: _____

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

Instituição em que se formou: 1 Privada 2 () Pública **Qual ano da 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)



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

8.2 ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA LIDERANÇAS DA POPULAÇÃO NEGRA



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)



PROJETO DE PESQUISA

Avaliação da Atenção à Saúde da População Negra e a Intersecção do Racismo sobre as práticas do Cuidado em Estados do Nordeste e Sudeste Brasileiro

Roteiro para entrevista

Representantes Sociais da População Negra

Nome do entrevistador:

Nº de entrevista:

Data:

Hora do início:

Hora do término:

Função do entrevistado na comunidade/profissão:

Sexo:

Idade:

Raça-Cor:

Religião:

1. Me fale sobre os problemas de saúde da sua comunidade.
2. Como são resolvidos os problemas de saúde das pessoas que freqüentam o terreiro?
 - 2.1 Em que situação você precisou do posto de saúde e não foi atendido?
 - 2.2 Quais são os problemas de saúde que mais levam as pessoas a buscarem ajuda no terreiro?
 - Me fale mais sobre isso
 - Me conte o que e como aconteceu
 - Me conte como a situação foi resolvida
3. Nos últimos anos o(a) Sr (a) tem percebido alguma mudança no atendimento no serviço de saúde das pessoas daqui da comunidade?
 - 3.1 Se sim, o que mudou?
4. A Sra (Sr) notou alguma atividade nova para as pessoas negras realizadas pelo governo?
 - Me fale mais sobre isso.
5. O que a Sra (Sr) ouviu falar sobre a Política de Saúde para a População Negra?
6. Conte como tem sido a sua experiência quando procura os serviços de saúde?
7. Sugira algo que possa melhorar a assistência/cuidado à saúde das pessoas negras.

8.3 PLANO DE INDICADORES QUALITATIVOS VALIDADOS PARA AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA PNSIPN NAS DIMENSÕES DE GESTÃO E ACESSO AS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

► Acesso às ações e serviços de saúde

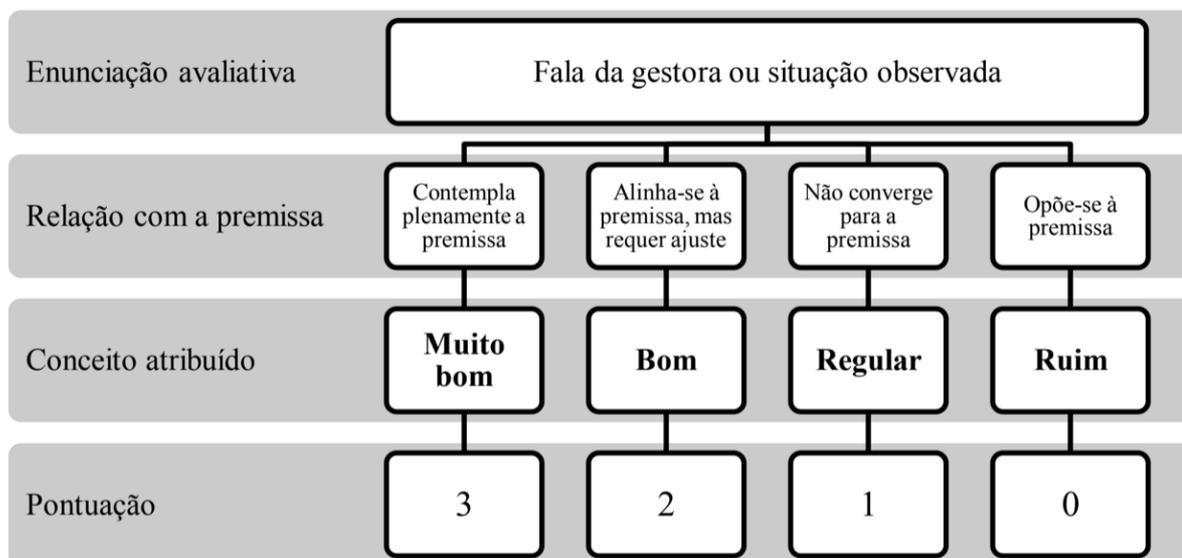
1.2. INDICADORES QUALITATIVOS					
Nº	VARIÁVEL	INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	FONTE	PREMISSA
1.2.1	Atenção integral à saúde da mulher e criança	Implantação da Rede Cegonha atendendo as especificidades das mulheres negras	Como as ações de atenção à saúde da atenção materno-infantil (Rede Cegonha) contemplam as especificidades das mulheres negras no município?	Entrevistas com gestores/trabalhadores/usuarios Documentos institucionais (relatórios, prontuários)	A Rede Cegonha tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação respeitando o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional. Assim, através dessa estratégia será possível identificar situações de vulnerabilidade da população negra e possíveis encaminhamentos para assegurar às mulheres negras o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis
1.2.2	Atenção integral à saúde da mulher e criança	Estruturação da rede de apoio a mulheres negras	Como as ações de atenção à saúde da mulher, desenvolvidas nas unidades de saúde, contemplam as especificidades das mulheres negras no município?	E-SUS. Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão Entrevistas com trabalhadores/gestores	A Política de Atenção à Saúde da Mulher apresenta em seus princípios e diretrizes que esta deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras). Portanto, qualificar as ações de atenção a mulher negra, através da estruturação da rede de apoio, é uma condição importante para avaliar a implantação da da PNISPN
1.2.3	Atenção integral à saúde da mulher e criança	Estruturação da rede de apoio a crianças negras	Como as ações de atenção à saúde da criança, desenvolvidas nas unidades de saúde, contemplam as especificidades das crianças negras no município?	E-SUS. Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão Entrevistas com trabalhadores/gestores	A portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015 que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em seu Art. 12, parágrafo I diz: São ações estratégicas do eixo de atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade a articulação e intensificação de ações para inclusão de crianças com deficiências, indígenas, negras, quilombolas, do campo, das águas e da floresta, e crianças em situação de rua, entre outras, nas redes temáticas. Portanto, qualificar as ações de atenção a criança, através da estruturação da rede de apoio, é uma condição importante para avaliar a implantação da PNISPN
1.2.4	Vigilância às violências	Apoio às violências domésticas, sexuais e outras violências, estratificados pelo quesito raça/cor	Como a Rede de Apoio às vítimas de violências contemplam as especificidades da população negra?	Fluxo de atenção às vítimas de violência em funcionamento	A vigilância de violências, considerando política de direitos humanos, visa à proteção integral das vítimas, testemunhas e seus familiares, por meio da assistência psicossocial e promoção dos seus direitos humanos, com acesso seguro a políticas públicas sociais. Quando essa vigilância é estratificada pelo quesito raça/cor, permite identificar situações de vulnerabilidade da população negra.
1.2.5	Acesso a serviços especiais	Unidades de Saúde com atendimento às pessoas com Doença Falciforme.	Como as Unidades de Saúde desenvolvem as ações voltadas para o atendimento às pessoas com Doença Falciforme?	Relatório de Gestão. E-SUS Entrevistas com gestores/trabalhadores/usuarios.	O atendimento com qualidade às pessoas com Doença Falciforme contribui para assegurar a integralidade da atenção à população negra, o que agrega valor a implantação da PNISPN.

1.2.6	Acesso a serviços especiais	Acesso da população negra com DF aos imunobiológicos especiais	A população negra com DF tem acesso aos imunobiológicos especiais?	Registros das consultas, e relatórios das salas de vacinas e CRIE	A pessoa com doença falciforme, necessita receber todas as vacinas recomendadas no calendário de vacinação, e requer outras adicionais, como a vacina contra o pneumococo, meningite e vírus influenza, as quais chama-se imunobiológicos especiais. E essas se fazem necessárias devido ao risco que essas pessoas possuem de sequestro esplênico o que acarreta uma maior probabilidade do desenvolvimento de processos infecciosos, e o uso dos imunobiológicos reduzem a contaminação por doenças imunopreviníveis.
1.2.7	Assistência ao idoso negro	Estruturação da atenção à saúde do idoso negro	Como são ofertadas as ações de saúde ao idoso negro?	Entrevistas com trabalhadores/usuários Documentos institucionais (Relatórios, atas)	O Funcionamento de Rede de Apoio que contemplem o Estatuto do Idoso e a Política de Saúde do Idoso, nos municípios avaliados, é uma condição desejável para estimular o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, o que agrega valor a a implantação da PNISPN.
1.2.8	Atenção a saúde do Homem	Estruturação da rede de apoio aos homens negros	Como as ações de atenção à saúde à saúde do homem, desenvolvidas nas unidades de saúde, contemplam as especificidades dos homens negros?	E-SUS. Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão Entrevistas com trabalhadores/gestores /usuários	A portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009 que Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, em seu Art. 4º, define os objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, e inclui em seu parágrafo XII, o objetivo de promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, e em situação carcerária, entre outros. Portanto, qualificar as ações de atenção ao homem negro, através da estruturação da rede de apoio, é uma condição importante para avaliar a implantação da PNISPN
1.2.9	Atenção a saúde da comunidade LGBT	Estruturação da rede de apoio à população LGBTI negras assistidas	Como são desenvolvidas as ações de atenção à Saúde da população LGBTI?	Relatório de Gestão Entrevistas com trabalhadores/gestores / população LGBT	Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBTI) no Art. 2º apresenta os objetivos específicos: e no parágrafo I eleger: instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBTI, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres. Portanto, desenvolver ações observando o recorte racial e as especificidades da população LGBTI negra, é um requisito desejável para a implantação da PNISPN
1.2.10	Atenção à saúde da população do sistema prisional	Estruturação da rede de apoio às pessoas negras privadas de liberdade	Como são desenvolvidas as ações municipais de Saúde do Sistema Prisional às pessoas negras privadas de liberdade?	Relatório de Gestão Municipal, Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão Entrevistas com gestores/trabalhadores/pessoas privadas de liberdade	A portaria interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No Art. 4º entre as diretrizes contempladas, destaca-se em seu parágrafo IV: respeito à diversidade étnico-racial, às limitações e às necessidades físicas e mentais especiais, às condições econômicosociais, às práticas e concepções culturais e religiosas, ao gênero, à orientação sexual e à identidade de gênero. Portanto, contemplar as especificidades da população negra privada de liberdade, é um requisito desejável para a implantação da PNISPN

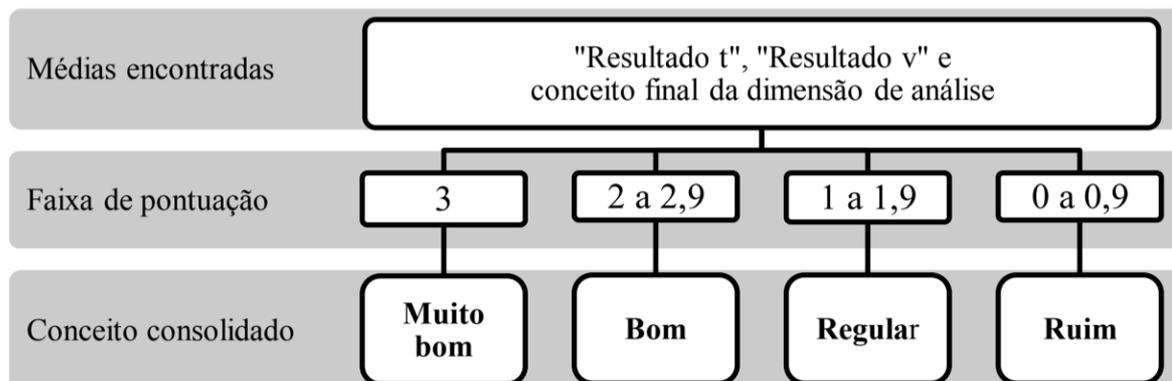
► Gestão

2.2 INDICADORES QUALITATIVOS					
Nº	VARIÁVEL	INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	FONTE	PREMISSA
2.2.1	Sistema de Informação	Preenchimento do quesito raça/cor em todos os instrumentos utilizados para alimentação dos sistemas de informação das secretarias municipais de saúde.	Como é preenchidos o quesito raça/cor nos sistemas de informação da rede municipal de saúde?	Sistemas de Informações da rede municipal de Saúde	A Portaria nº 344 de 1º de fevereiro de 2017 torna obrigatória a coleta e preenchimento do quesito raça/cor em todos os sistemas de informação utilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A identificação da população vulnerável, permite estabelecer estratégias de ação, o que agrega valor para a implantação da PNISPN
2.2.2	Instância de promoção da equidade em saúde	Implantação de instancia de promoção da equidade em saúde	As instancias de promoção da equidade em saúde (área técnica, comitês, grupo de trabalho) são ativas?	Relatório de Gestão PDR VIVA-SUS	A implantação e funcionamento de instância de promoção da equidade em saúde nos municípios selecionados para o estudo permite o monitoramento das ações previstas para a promoção da saúde da população negra, o que amplia a legitimidade da PNSIPN.

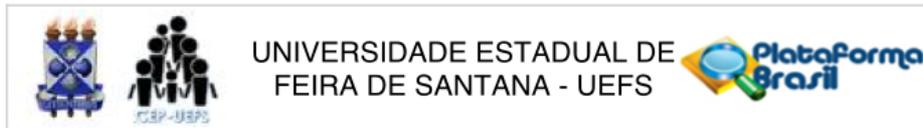
8.4 CRITÉRIOS PARA ATRIBUIÇÃO DOS CONCEITOS ÀS ENUNCIACÕES AVALIATIVAS



8.5 FAIXAS DE PONTUAÇÃO UTILIZADAS PARA CONSOLIDAÇÃO DOS CONCEITOS ATRIBUÍDOS AOS TEMAS CENTRAIS E DIMENSÕES DE ANÁLISE.



8.6 PARECER DO PROJETO MAIOR DE AVALIAÇÃO DA PNSIPN



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 TECNOLOGICO

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/SCIT/DECIT/SGEP/DAGEP N° 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 decuidado.

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 vim 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).

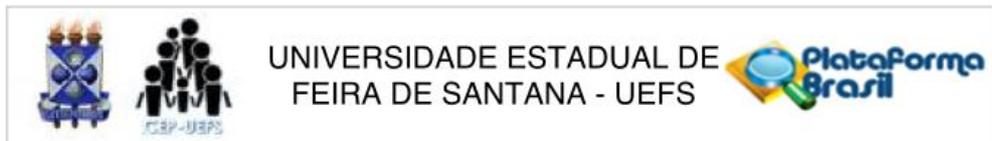
Considerações Finais a critério do CEP:

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, 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

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	RoteirodaentrevitaFamiliaratualizado.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	gilmara.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

8.7 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, professora Dr.^a Edna Maria de Araújo, professora Dr.^a 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 terceiro, 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/SCITIE/DECIT/SGEP/DAGEP Nº 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. 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.^a Dr.^a Silvone Santa Bárbara da Silva Santos
(Pesquisadora responsável)

Prof.^a Dr.^a Edna Maria de Araújo
(Pesquisadora responsável)

Arturo Mairena Rojas
(Mestrando em Saúde Coletiva)