

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

CURSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

A EQUIDADE NA SAÚDE BRASILEIRA: UMA ANÁLISE DA
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO
NEGRA

SIMONE GOMES COSTA

PORTO ALEGRE, 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

CURSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

SIMONE GOMES COSTA

A EQUIDADE NA SAÚDE BRASILEIRA: UMA ANÁLISE DA
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO
NEGRA

Monografia apresentada à disciplina Trabalho de Conclusão – Sociologia como requisito parcial à conclusão do Curso de Ciências Sociais, Departamento de Ciências Humanas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Melissa de Mattos Pimenta

PORTO ALEGRE, 2013.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Melissa de Mattos Pimenta, minha orientadora, por toda a dedicação, compreensão e incentivo. Agradeço, acima de tudo, a disponibilidade, a sabedoria e os ensinamentos em todo o processo de orientação científica desta monografia.

RESUMO

Esta monografia analisa a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra através da concepção de equidade. O estudo analisou o processo de formulação dessa Política na saúde da população negra. O referencial teórico assentou-se no modelo das políticas públicas Multiple Streams (KINGDON, 2003), e nos princípios de equidade (RAWLS, 2008; WHITEHEAD, 1992). Os resultados apontam a relevância da Política na tentativa de minimizar as desigualdades sociais oriundas da discriminação racial. Além disso, ela também busca criar mecanismos concretos para acabar com o racismo institucional presente nos estabelecimentos de saúde.

Palavras-Chave: negros; políticas públicas; equidade; racismo institucional

ABSTRACT

This monograph analyzes the National Policy for Integrated Health of the Black Population through the conception of equity. The study examined the process of formulating this policy. The theoretical reference was based on the model of public policies Multiple Streams (KINGDON, 2003), and the principles of equity (Rawls, 2008; WHITEHEAD, 1992). The results show the relevance of the policy in an attempt to minimize social inequities arising from racial discrimination. In addition, it also seeks to create concrete mechanisms to end institutional racism presented in health establishments.

Key-words: blacks; public policy; equity; institutional racism

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: INTERRELAÇÃO ENTRE FLUXOS	55
QUADRO 2 – RESPONSABILIDADES DO GESTOR FEDERAL	56
QUADRO 3 – RESPONSABILIDADES DO GESTOR ESTADUAL	57
QUADRO 4 - RESPONSABILIDADES DO GESTOR MUNICIPAL	58

LISTA DE SIGLAS

CIR: Comissões Intergestores Regionais

CIT: Comissão de Intergestores Tripartite

CLT: Consolidação das Leis Trabalhistas

DNERU: Departamento Nacional de Endemias Rurais

DSS: Determinantes Sociais da Saúde

DST: Doença Sexualmente Transmissível

IAPS: Institutos de Aposentadoria e Pensões

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS: Instituto Nacional de Previdência Social

MS: Ministério da Saúde

NOB-SUS: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde

OEA: Organização dos Estados Americanos

OMS: Organização Mundial da Saúde

OMS: Organização Mundial da Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde

PAIS: Programa de Ações Integradas de Saúde

PIASS: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PNDS: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

PNSIPN: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PPA: Plano Plurianual

SAS: Secretaria de Atenção à Saúde

SEGEP: Secretaria Estratégica e Participativa

SEPPIR: Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SINPAS: Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social

SUS: Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Problema	13
1.2	Objetivos	13
1.3	Hipóteses	13
1.4	Procedimentos e técnicas metodológicas	14
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1	Contextualização das Políticas de Saúde no Brasil	16
2.2	Equidade e Saúde	23
2.3	Racismo no Brasil	30
2.4	Políticas Públicas e Modelos Teórico dos Fluxos Múltiplos (<i>Multiple Streams Model</i>)	39
3	POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE PARA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL	43
3.1	Processo de Formulação das Políticas Públicas em Saúde para a População Negra	43
3.2	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	53
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66

1 INTRODUÇÃO

Estudos mostram que as diferenças socioeconômicas e ambientais são fatores importantes para o agravamento de doenças de toda ordem. O principal impacto desse problema na população está relacionado às condições de acesso ou não acesso aos serviços públicos, a precariedade e riscos dos espaços habitados pela população urbana de baixa renda (AKERMAN, 1997).

O sistema público de saúde, no Brasil, tem como pilares a universalidade, a integralidade e equidade de acesso aos serviços. Esses princípios constituem um grande avanço no que tange a garantia dos direitos básicos aos cidadãos, mas também coloca em pauta o problema de como garantir recursos para atender a população em todos os níveis de complexidade do sistema. Os recursos que deveriam ser destinados à operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) não são suficientes para atender as demandas da população.

Nas Disposições Constitucionais Transitórias (DCT) eram previstas um repasse de 30% do Orçamento da Seguridade Social para a Saúde, entretanto essa medida não foi implantada. Caso isso tivesse ocorrido, no ano de 2013, o montante de recursos seria de R\$ 177 bilhões e não R\$ 82 bilhões como foram destinados pelo Orçamento da União. Atualmente, as despesas públicas em saúde representam 3,6% do Produto Interno Bruto (PIB). Com recursos insuficientes, somados a crescente demanda pela saúde pública e o crescimento de custos a saúde pública brasileira enfrenta dificuldades de concretizar os seus objetivos de garantia de equidade e eficiência (ZOBOLI et al., 2010).

De acordo com Reis et al (2012), a dificuldade de encontrar alternativas para o modelo biomédico, no qual a valorização da materialidade anatomo-fisiológica do corpo e a possibilidade de produzir um conhecimento objetivo sobre seu funcionamento normal, ocasionou um acúmulo de encaminhamentos desnecessários e uma excessiva espera por atendimentos de média e alta complexidade ocasionando prejuízos ao paciente. Atrelado a isso a formação profissional muito centrada nas práticas curativas e hospitalares dificultam as chances de implementar práticas mais integrais e a capacidade de trabalhar em equipe. Além disso, destaca-se a ineficiência das gestões locais que não desenvolvem de forma apropriada a regulação do acesso aos serviços de saúde. Há

ainda uma dificuldade em planejar serviços a partir de indicadores epidemiológicos e de gerir situações de pacientes com doenças específicas.

Tal situação faz com que o acesso se torne limitado e as prioridades no atendimento nem sempre sejam levadas em consideração. Nesse sentido, as desigualdades não apenas de renda, mas também aquelas que associadas a melhores condições de vida interferem no acesso à saúde. Os piores índices de saúde encontram-se nas camadas mais pobres da sociedade. Em 2006, o Ministério da Saúde, divulgou dados através da Secretaria de Vigilância em Saúde (2006), destacando que a desigualdade em saúde no país tem aspectos regional, étnico, econômico, cultural e de gênero.

Conforme aponta a pesquisa, a expectativa de vida é cinco vezes maior em estados da região Sul do que em estados do Nordeste. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) entre negros e brancos atinge uma diferença de 16%, com menor escolaridade e renda para a população negra. Naquele ano, cerca de 5% da população dos estados do Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e São Paulo com 15 anos ou mais era analfabeta. Quanto ao risco de morte por doenças infecciosas e parasitárias, riscos relacionados à gestação, parto e ao puerpério, causas externas e causas mal-definidas a população negra/parda encontrava em desvantagem se comparada a população branca. O estudo ainda revelou que o acesso ao pré-natal era maior quando se tratava de gestantes brancas, casadas e com boas condições socioeconômicas. Com isso, percebe-se que as desigualdades sociais estão relacionadas a características sociais, culturais, econômicas do espaço geográfico no qual o sujeito está inserido. Além disso, nos grupos sociais mais vulneráveis, como os negros, índios e moradores das regiões rurais as desigualdades refletem a exclusão histórica desses grupos na sociedade.

Na tentativa de melhor compreender essa realidade, nos últimos anos, têm-se realizado diversos estudos que tratam do tema sobre a garantia da equidade em saúde tendo como determinante o fator raça. Os debates em torno da saúde da população negra, no Brasil, giram em torno do direito à saúde como um direito fundamental garantido constitucionalmente; os indicadores sociais que expressam a situação de vulnerabilidade social da qual os negros são vítimas; o racismo no atendimento oferecido no Sistema Único de Saúde (SUS) e, conseqüentemente, a promoção da garantia da equidade de direitos

Esta monografia trata da saúde da população negra, no Brasil, analisando a importância da formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

1.1 Problema

As observações acima remetem a refletir sobre as condições de saúde da população negra no Brasil. A partir da concepção de equidade (RAWLS, 2008; WHITEHEAD, 1992), qual a importância de uma política pública em saúde voltada para população negra? Como os eventos que antecederam a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra se articularam no sentido de possibilitar que essa temática entrasse na agenda governamental das políticas públicas?

1.2 Objetivos

a) Objetivos gerais:

- Examinar o processo de formulação da política em saúde para a saúde negra, sob a perspectiva sócio-histórica.
- Analisar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com a perspectiva da equidade.

b) Objetivos específicos

- Investigar os aspectos socioeconômicos e políticos que motivaram a formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
- Identificar os agentes responsáveis pelo processo de formulação desta Política.

1.3 Hipótese

A hipótese que norteou esta monografia foi:

Através da participação dos agentes envolvidos no processo de formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi possível elaborar uma política, nesse setor, pautada no princípio da equidade de direitos e no combate ao racismo.

1.4 Procedimentos e técnicas metodológicas

Para realização deste trabalho foi realizada uma pesquisa documental a cerca da temática, dividindo a análise em duas etapas. Primeiramente, foi necessário recolher e sistematizar os documentos escritos encontrados sobre o assunto. Como o processo de formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, se desenvolveu em um longo período de tempo, foi preciso recorrer a arquivos específicos¹ que fazem referência a encontros, congressos, grupos de trabalho, legislações, relatos escritos de organizações internacionais, movimentos sociais, membros participantes de eventos sobre as questões raciais e pesquisas de estudiosos acadêmicos sobre o assunto. Depois, a documentação foi organizada e submetida a um exame crítico na tentativa de se verificar a relevância de seu conteúdo para a formulação da Política. Também foi realizada uma análise a partir da perspectiva sócio histórica do processo, disso originou-se um ficheiro de ordem cronológica contendo os principais documentos que se mostraram representativos para o estudo. Esse conjunto de documentos permitiu a realização da interpretação dos dados.

O objetivo de realizar uma análise documental, neste trabalho, é ampliar o entendimento a cerca do objeto de estudo, compreendendo a sua contextualização histórica e sociocultural. Como aponta Cellard (2008), a análise documental também, permitiu para este estudo, observar o processo de maturação e a evolução de grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos e práticas.

Este trabalho se organiza em dois capítulos, a fim de contemplar todos os assuntos abordados. Primeiro, foi realizada uma discussão teórica em relação aos pontos

¹ Entende-se por arquivos específicos: folhetos de divulgação, dossiês, relatórios técnicos e de pesquisa, e documentos legais.

fundamentais de reflexão do estudo, destacando a abordagem sobre políticas públicas em saúde no Brasil, seguidos dos conceitos de equidade, racismo no Brasil e o Modelo teórico Fluxos Múltiplos, (*Multiple Streams*). No segundo capítulo fez-se uma análise acerca do processo de formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, seguida da apresentação das principais características, pontos de debates e aspectos críticos da mesma.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo, será desenvolvida uma análise sobre os principais conceitos teóricos que permeiam este trabalho. O texto que segue busca oferecer elementos para ampliar e colaborar com a análise acerca das políticas públicas em saúde e sua interface com as questões raciais. Primeiramente, será realizada uma contextualização das políticas públicas em saúde no Brasil. Logo depois, será abordado o conceito de equidade e sua relevância no âmbito da saúde. Posteriormente, será analisado o problema do racismo no Brasil e o racismo institucional presente nas organizações públicas e privadas do país com o objetivo de identificar qual o seu impacto na saúde. Por fim, será realizada uma breve reflexão sobre o processo de formulação de uma política pública, à luz da teoria dos Fluxos Múltiplos.

2.1 Contextualização das Políticas de Saúde no Brasil

Até o século XIX, a saúde no Brasil era pensada a partir do critério da fiscalização. A saúde do ponto de vista social tinha como principal objetivo controlar a sujeira que se acumulava nas cidades e, ao mesmo tempo, fiscalizar a comercialização de alimentos. Cabiam às Ordenações Filipinas de 1604, uma compilação jurídica daquela época, a função de fixar as atribuições gerais de saúde para vilas e cidades de Portugal e das Colônias. Esse cuidado tinha como principal objetivo garantir que a população não adoecesse para poder trabalhar, defender o território nacional e, com isso, produzir mais riqueza para o reino. A sujeira e a falta de higiene eram as grandes causadoras de pestes que provocavam a morte em grande proporção da população e, portanto, deveriam ser evitadas (MACHADO, 1978). Cabe ainda destacar que havia uma grande carência de médicos no Brasil Colônia e no Brasil Império. No ano de 1789, havia apenas quatro médicos exercendo a profissão, no Rio de Janeiro, além disso, na maior parte do país esses profissionais não existiam (SALLES, 1971).

As Câmaras Municipais não desenvolveram nenhuma ação de combate à sujeira. Apenas se limitavam em aplicar punições aos responsáveis pelo lixo nas cidades. Os médicos que recebiam salários das Câmaras somente para fazer visitas em navios e a atender os familiares de funcionários dos oficiais. Não havia uma política que abarcasse

toda a população. As ações só abrangiam toda a população, quando se tratava de alguma doença contagiosa que pudesse causar epidemias. Nesse caso, os médicos eram acionados para conter a situação e impedir que as pragas se espalhassem, como era o caso dos leprosos, doença comum naquela época, que eram excluídos da sociedade sem tratamento adequado.

No século XVIII, a Colônia passou a se preocupar com a recuperação da saúde de seus habitantes. Destaca-se, nessa época, a criação do Colégio Médico – Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador, da Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro e dos Leprosários. Os Leprosários eram utilizados para confinar os doentes incuráveis e proteger a sociedade da contaminação da doença. Havia uma preocupação por parte do Estado Português em conter as doenças decorrentes no Rio de Janeiro (GALVÃO, 2009). Nesse período, os leprosos e os negros foram considerados os grandes causadores de doenças e, portanto, deveriam ser evitados. Uma das principais medidas para isso foi a transferência dos armazéns de desembarque dos escravos para locais distantes, a fim de separar os escravos sadios dos doentes antes de terem contato com os habitantes da cidade. Também, nesse período, foram realizadas obras de pavimentação e de fontes de água potável. Como tentativa de identificar os principais condicionantes de doenças na cidade a Câmara solicitou aos médicos um relatório técnico, no qual a principal conclusão atribuída à ociosidade e à desordem social a causa de doenças. A partir de então, a doença passou a ser entendida como um problema social que deveria ser resolvido.

Com a Independência do Brasil, observou-se o surgimento e a proliferação de epidemias de varíola, febre amarela, febre tifóide, sarampo, cólera e gripes. A Constituição de 1824 criou Câmaras Municipais que assumissem as questões de higiene pública. Já em 1829, os médicos fundaram a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. No ano de 1849, foi criada a Comissão Central de Saúde Pública, que recebeu posteriormente o nome de Junta Central de Higiene Pública com fins específicos de controle da febre amarela. Até a República as únicas medidas governamentais com vistas a garantir a saúde da população foram a criação das Santas Casas de Misericórdia e as Enfermarias de cuidados dos jesuítas.

O problema mais evidente, naquela época, era a falta de um modelo sanitário que garantisse condições básicas de higiene evitando as epidemias (POLIGNANO, 2001). Com isso, a partir do Brasil República várias medidas foram tomadas para conter a propagação das pestes, principalmente a febre amarela que se espalhou por São Paulo.

Em 1892, foi criado o Laboratório de Bacteriologia onde se iniciou o processo de produção do Soro Antiofídico. Em 1903, foi criado o Instituto Soroterápico Federal, sob direção geral de Oswaldo Cruz, para controlar e erradicar a peste bubônica, a febre amarela e a varíola no país. Foi o primeiro grande laboratório brasileiro destinado à pesquisa científica em saúde.

O Instituto era parte de um projeto de saneamento básico e reurbanização do centro da cidade do Rio de Janeiro, elaborado no governo do presidente Rodrigues Alves. O médico Oswaldo Cruz foi designado pelo Departamento Nacional de Saúde Pública para liderar as ações que buscassem melhorar as condições sanitárias da cidade. Para tanto, iniciou em novembro de 1904, a campanha de vacinação obrigatória para impedir que as epidemias. Entretanto, as pessoas não conheciam o que era uma vacina e seus efeitos, e; portanto, se recusavam a aderir à campanha. O governo passou a aplicá-las de forma autoritária e por vezes violenta. Esse fato ficou conhecido como a Revolta da Vacina. Apesar das dificuldades, a campanha proporcionou relevantes avanços na saúde da cidade do Rio de Janeiro, uma vez que erradicou a febre amarela. Outras medidas adotadas por Oswaldo Cruz representaram avanços na saúde pública brasileira, como a seção de registro demográfico, um laboratório bacteriológico, serviços de engenharia sanitária e de combate à propagação da febre amarela e um serviço de inspeção de isolamento e desinfecção. Anos mais tarde, foi criado o Instituto Butantan onde foi produzido o soro antipestoso.

Foi a partir da década de 1920, que as políticas de saúde no Brasil começaram a se desenvolver até tomar a forma atual. No ano de 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, promoveu uma reestruturação no Departamento Nacional de Saúde, que era ligado ao Ministério da Justiça. Esse órgão passou a promover campanhas de educação sanitária, rompendo com a ideia anterior de uma saúde baseada no controle fiscal e policial (GALVÃO, 2009). Esse período foi importante porque foram criados órgãos especializados na luta contra a tuberculose, doenças venéreas, lepra e outros males. O governo passou a dedicar-se à promoção da saúde através da assistência hospitalar, infantil e do trabalhador industrial. O controle de endemias foi também estendido para outras regiões do país, inclusive em áreas rurais.

De acordo com Polignano (2001), a história da saúde e da previdência social, no Brasil, se confundem, em determinados períodos, devido ao fato de não haver uma definição clara em relação à política de saúde (p.2). No início dos anos de 1920, o processo de industrialização deu origem a uma grande massa de trabalhadores que não

tinham garantido nenhum direito trabalhista. Depois de muitas reivindicações, foi criada a Lei Eloy Chaves que estabelecia as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP). Essa lei visava garantir o direito à pensão ao trabalhador em caso de acidente ou afastamento por motivo de doença ou no caso de aposentadoria. As Caixas deveriam ser organizadas pelas empresas e, por isso, o Estado não participava do custeio das mesmas. Esse modelo suscitou as primeiras discussões entre o setor público e privado no setor de saúde; e com relação às demandas dos trabalhadores.

Em 1930, no Estado Novo, de Getúlio Vargas, foi criado o Ministério da Educação e da Saúde Pública, juntamente com órgãos normativos e executivos para tratar de questões a vigilância. No ano de 1932, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS), que se constituíram como uma tentativa de atender as lutas e as reivindicações dos trabalhadores das indústrias. Assim, a previdência social também foi estendida a todas as categorias de trabalhadores urbanos organizados por meio de categorias profissionais. Cada categoria organizava seus IAPS de acordo a mobilização, organização e importância da categoria. Um dos aspectos mais interessantes das IAPS era a assistência médica realizada por meio de serviços próprios e, na sua maioria, pela compra de serviços no setor privado, bem como o direito a aposentadoria. Entretanto, cabe salientar que o serviço de assistência médica previdenciária não tinha muita importância para os técnicos e para os segurados, que não a incluíam nas reivindicações trabalhistas (*Idem*, p.11).

Somente no fim da década de 1950, com a crescente urbanização as classes trabalhadoras começaram a reivindicar melhores condições de saúde, isso fez com que aumentassem a assistência médica por meio de institutos e a ampliação de hospitais que atendessem aos previdenciários. No ano de 1953, foi criado o Ministério da Saúde e, no ano de 1956, o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU) com o propósito de abranger os serviços nacionais de febre amarela, malária e pestes. Na prática, esses órgãos não tiveram muita representatividade naquele momento.

No ano de 1965, foi concretizado o processo de unificação dos IAPS, através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Foram incluídos todos os trabalhadores do regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), ficando excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e os servidores públicos e de autarquias com regime próprio de previdência. Esse órgão consolidou o componente assistencial baseado na compra de serviços assistenciais do setor privado, formando assim um modelo de hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado, algo bastante presente

atualmente no SUS (REIS et al.; 2012). Essa estratégia foi utilizada como forma de garantir que todo o contingente populacional tivesse atendimento médico-hospitalar.

A estrutura administrativa e financeira do sistema acabou ficando muito complexa e para garantir a sua manutenção e eficácia foi criado, em 1977, o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), e dentro dele, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O INAMPS foi criado em 1978 e buscava garantir o atendimento médico através de serviços médico-hospitalares e especializados do setor privado. Na década de 1970, é importante mencionar o papel do Sistema Nacional de Saúde que estabelecia o desenvolvimento de estratégias que levassem à promoção, proteção e recuperação da saúde. De acordo com Polignano (2001), o documento afirma que a medicina curativa deve ser tratada no âmbito do Ministério da Previdência e a medicina preventiva pelo Ministério da saúde, salientando assim a dicotomia da questão da saúde no Brasil.

Na tentativa de ampliar a cobertura de saúde a toda a população foi criado, no ano de 1976, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Esse programa ampliou de forma significativa a rede ambulatorial pública no interior do país, sendo essa a principal “porta de entrada” no sistema. No mesmo sentido, foi implementado, no ano de 1982, o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) que, além da ampliação dos serviços, buscava a integração das instituições públicas de saúde nas diferentes esferas do governo na rede hierarquizada e regionalizada (REIS et al.;2012). Outro aspecto do programa foi a viabilização de convênios entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência e Assistência Social e as Secretarias de Estado de Saúde com fins de racionalizar o recursos destinados à saúde.

Devido à crise do sistema econômico implementado junto com a ditadura militar e o conseqüente aumento das desigualdades sociais, já no fim da década de 1970, o sistema de saúde no Brasil também começava a apresentar desgastes. O sistema baseado quase que integralmente na medicina curativa mostrava-se incapaz de solucionar problemas de epidemias e de saúde coletiva, excluindo do sistema uma camada da população que se encontrava desempregada e marginalizada (Polignano; 2001). Outro problema enfrentado era o não repasse de verbas da união para saúde, muitas vezes, desviados para outros setores. Dessa forma, começaram os debates para se pensar um novo modelo de saúde pública no Brasil. A primeira manifestação, nesse sentido, ocorreu no ano de 1986, por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde com expressiva participação social. O objetivo era ampliar a concepção de saúde como um

direito universal e como um dever do Estado. A primeira consequência direta desses debates foi a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que trouxe contribuições relevantes para o modelo de saúde atual. O governo passou a repassar os recursos para estados e municípios ampliarem suas redes de serviços de saúde. Era o início de sistema de saúde descentralizado no qual as Secretarias de Saúde dos Estados começavam a se aproximar dos municípios.

A promulgação da Constituição Federal trouxe significativas mudanças no âmbito dos direitos sociais. Ela tem como seu princípio fundamental a concepção de igualdade. A ideia de igualdade que permeia a Constituição é oriunda da Revolução Francesa, que tinha como tripé a concepção de igualdade, fraternidade e liberdade. A Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, elaborada na França em 1789, serviu de alicerce para todo Estado Moderno e colaborou para a formação de todas as constituições modernas. A concepção de igualdade que surgiu no liberalismo é denominada de igualdade formal, mas ela se mostrou ineficaz para resolver a maior parte dos problemas da sociedade visto que se reduzia as bases legais, mas de difícil aplicação real. Ela não garantia a isonomia jurídica e, tão pouco diminuía as desigualdades sociais. O modelo estatal que sucedeu o liberalismo mostrou-se efetivamente preocupado em reduzir as desigualdades sociais, econômicas, culturais e acabar com as discriminações. Essa nova perspectiva se baseia na igualdade material que busca igualar os iguais e desigualar os desiguais, como uma forma de reparar as injustiças (SANTOS, 2010).

Na Constituição Brasileira são abordados tanto a ideia de igualdade formal, quanto material. O artigo 5º, da Constituição Federal de 1988, que trata dos Direitos e Garantias Fundamentais estabelece: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”. Nesse artigo, percebe-se claramente a ideia de igualdade formal, na qual todos devem ser tratados da mesma forma indiscriminadamente. Já no artigo 3º, inciso IV, que trata de reduzir as desigualdades sociais buscando “promover o bem de todos sem preconceito, de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” é possível verificar a ideia de igualdade material.

No que se refere à saúde, a Constituição de 1988 a trata como “Direito de todos e dever do Estado”, tendo como pontos básicos: as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência

médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; estes serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser centralizada.

A Constituição estabelece a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), que é financiado com os recursos governamentais de seguridade social, da União, do Estado, do Distrito Federal e dos Municípios. As ações governamentais devem ser submetidas a órgãos colegiados oficiais e ao Conselho de Saúde. O SUS foi criado pela Lei n.8080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. A Lei estabelece os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível; a participação complementar do setor privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento.

O texto da Lei que cria o SUS segue os mesmos princípios de igualdade de direitos, presente na Constituição Federal. É um modelo de saúde baseado em uma concepção de bem estar social, no qual todos os cidadãos devem ter suas necessidades atendidas. O SUS assume como princípios e diretrizes: a universalidade de acesso aos serviços; a integralidade; igualdade da assistência à saúde; participação da comunidade; descentralização político-administrativa; dentre outros.

Depois da sua criação do SUS, foram implementadas outras medidas que buscaram consolidar o compromisso efetivo de implantação do SUS. No ano de 1991, foi criada a Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) com o objetivo de acompanhar a implantação e operacionalização das ações do SUS. Em 1993, foi publicada a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) 1993 que buscava garantir o princípio da municipalização no SUS. A NOB-SUS 1996 visava garantir a descentralização dos recursos federais em direção aos estados e municípios.

Ao longo dos anos, o SUS se tornou a grande política pública de saúde no Brasil congregando diversas ações, programas e políticas pontuais, assumindo um alto grau de abrangência e complexidade. Em 2006, foi instituído o Pacto pela Saúde, que proporcionou uma série de reformas nas relações institucionais e no fortalecimento da gestão do SUS. Os gestores aderiram ao Pacto assinando um termo de compromisso que versa sobre: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. No Pacto pela Vida são assinados compromissos acerca de metas que proporcionem melhores condições de vida para a população brasileira. Tem-se em vista seis

prioridades: 1) saúde do idoso; 2) controle do câncer de colo de útero e da mama; 3) redução da mortalidade infantil e materna; 4) capacidade de resposta à doenças emergentes e endemias; 5) promoção à saúde; e 6) fortalecimento da Atenção Básica. No Pacto em Defesa do SUS pretendem-se aproximar a sociedade brasileira nas tomadas de decisão referentes ao SUS. No Pacto da Gestão destaca-se: 1) a regionalização; 2) a qualificação do processo de descentralização; e 3) mudanças no financiamento.

Atualmente, o princípio da igualdade, presente na Constituição Federal e nos princípios e diretrizes do SUS, passou a ser compreendido a partir dos pressupostos da equidade. O termo equidade, nesse caso, não configura um contraponto à ideia de igualdade, mas sim a uma complementação ao seu entendimento e a sua aplicação.

2.2 Equidade e Saúde

A saúde pública, no Brasil, tem utilizado como um de seus princípios básicos a equidade no acesso a todos os serviços oferecidos no Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, cabe ressaltar que, como vimos anteriormente, só recentemente esse termo passou a ser empregado para discorrer acerca da garantia desse direito social. As principais leis referentes às questões relacionadas à saúde no país atentam apenas para a importância da igualdade de direitos mas não fazem referência ao termo equidade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) entende que a saúde é um estado de bem estar físico, mental e social e não, apenas a ausência de doenças ou enfermidades. Nessa mesma perspectiva, o SUS, enquanto uma política pública, também busca contemplar todos os aspectos relacionados ou envolvidos na dimensão da saúde e, principalmente, a sua consagração como um direito universal (ELIAS, 2004, p.45). Por esta razão, como salienta Pinheiro (2003), foi necessário incorporar o termo equidade como forma de avaliar a saúde dentro de um Estado, como o Brasil, que pretende garantir o bem estar social. De acordo com esse autor, as Conferências Nacionais de Saúde foram fundamentais neste processo, pois atuaram como um canal de participação democrático na discussão de políticas de saúde visando à equidade.

Para melhor entender, a importância da equidade como princípio norteador das políticas públicas em saúde é necessário refletir acerca desse conceito. De acordo com Aristóteles a equidade serve como uma correção da lei, quando esta não é suficiente para abranger todos os casos. Ela permite fazer com que os direitos sejam garantidos, independente da universalidade da lei. Para Aristóteles (2007), a justiça deveria se adaptar aos fatos reais, assim a equidade é uma forma de suprir as deficiências causadas pela generalidade da lei, corrigindo possíveis injustiças. Ainda de acordo com o filósofo, a equidade corresponde àqueles atos que não serão julgados da mesma forma que os demais.

Como foi possível observar a concepção de equidade pensada como uma forma de compensação da justiça legal foi elaborada por Aristóteles. Entretanto, atualmente, a Teoria da Justiça como equidade mais utilizada foi desenvolvida por John Rawls (2008), filósofo político norte-americano. No modelo teórico de Rawls a equidade está relacionada à igualdade de oportunidades. Neste trabalho, é pertinente analisar a Teoria da Justiça formulada por Rawls para compreender de forma mais clara o termo equidade a partir da perspectiva da distribuição de bens sociais primários, por parte do Estado democrático, neste caso a garantia de direitos em saúde.

A proposta teórica de Rawls pressupõe que a sociedade seja pensada a partir de um contrato social hipotético e a-histórico, no qual as pessoas reunidas numa posição original, ou seja, numa situação inicial, deliberariam uma série de princípios definidos por elas como justos nas instituições. A definição desses princípios da justiça seria importante, porque são as instituições as intermediadoras entre os indivíduos no convívio social.

Nesse sentido, para ele, a justiça como equidade é uma concepção política da justiça, definida a partir de um consenso entre as partes sobre o modo como deve se organizar o sistema político e econômico. Para tanto, apresenta duas ideias básicas a partir de uma situação hipotética, na qual a sociedade seria como um sistema equitativo de cooperação entre pessoas livres e iguais. Na primeira ideia, ele defende a cooperação social, na qual a sociedade estaria baseada em benefícios mútuos. Assim, todos os envolvidos no processo deveriam obter benefícios e compartilhar dos encargos comuns. Em outras palavras, é preciso compartilhar uma noção de equidade através da

cooperação. Trata-se da proteção dos direitos dos indivíduos, da criação de instituições que garantam a justiça social.

Na segunda ideia, o ponto principal é definir a concepção de pessoa compatível com um sistema equitativo baseado na cooperação. Nesse caso, as pessoas teriam dois tipos de capacidade: o senso de justiça, com base no qual a pessoa age em função dos princípios de justiça; e a concepção do bem que é a capacidade de formar e tentar realizar tal propósito (RAWLS, 2000; p.356). De acordo com o autor, todos os indivíduos seriam dotados dessas capacidades e, portanto, estariam aptos a fazer parte dos termos equitativos de cooperação. A partir disso, o autor entende que as liberdades básicas podem constituir um dos principais elementos dos termos equitativos da cooperação social. Segundo ele, a união social é uma “concepção pública e compartilhada de justiça apropriada à concepção de cidadãos de um Estado democrático como pessoas livres e iguais” (*Idem*, p. 359).

Rawls (2000) entende que a sociedade é um sistema equitativo de cooperação estabelecida a partir de cidadãos livres e iguais. Para que este sistema funcione de forma ampla, ele se vale de um princípio denominado de posição original no qual os indivíduos livres e iguais estabelecem um acordo de forma equitativa em relação à justiça. As próprias pessoas envolvidas no sistema de cooperação social assumem um compromisso que visa um benefício mútuo de forma livre e sem nenhuma coerção externa. O acordo pressupõe que todos tenham condições iguais sem que haja nenhuma vantagem de um indivíduo sobre o outro.

Como os indivíduos escolhem os princípios de justiça de forma livre, isso faz com que não haja nenhum tipo de envolvimento de ordem social e natural em benefício próprio do sujeito. Para neutralizar qualquer contingência que venha a interferir na escolha livre do indivíduo, o autor concebe a ideia do véu da ignorância. Isso permite que homens racionais decidam o que é justo ou injusto a partir de um ponto de vista equitativo. O véu da ignorância pretende acabar com qualquer vantagem que possa causar interferência nos processos de negociações. Assim, seria possível manter a equidade na escolha dos princípios, pois como os indivíduos desconhecem o seu lugar na sociedade, suas habilidades, e sua inteligência, ninguém vai desviar de regras gerais visando seu benefício próprio (RAWLS, 2000). Nesta posição original as pessoas escolheriam dois princípios básicos:

Primeiro: cada pessoa deve ter um direito igual ao sistema mais extenso de iguais liberdades fundamentais que seja compatível com um sistema similar de liberdades para as outras pessoas.
Segundo: as desigualdades sociais e econômicas devem estar dispostas de tal modo que tanto (a) se possa razoavelmente esperar que se estabeleçam em benefício de todos como (b) estejam vinculadas a cargos e posições acessíveis a todos (RAWLS, 2008, p. 73).

Rawls atenta também para importância dos sistemas políticos e econômicos como parte da estrutura básica da sociedade, uma vez que eles influenciam as relações sociais. Se esses sistemas forem bem organizados podem garantir a justiça social, caso contrário serão os causadores de injustiças e de violência social. De acordo com a teoria de Rawls, não há um bem previamente existente, e sim a construção de um conceito de justiça a partir da razão e da vontade das pessoas.

Uma sociedade baseada no princípio da justiça como equidade seria aquela na qual todos os cidadãos aceitam e sabem que outros também aceitam os mesmos princípios de justiça. Da mesma forma, as instituições sociais básicas aceitam e todos sabem que elas aceitam esses princípios. E esta certeza da reciprocidade no contrato entre os cidadãos e as instituições sociais que garante a preservação da sociedade como um empreendimento cooperativo. A justiça a partir da concepção de Rawls está associada à garantia de que não haverá por parte das instituições, distinções arbitrárias entre as pessoas na distribuição de direitos e de deveres básicos na sociedade, bem como a garantia de regras que proporcione um equilíbrio entre as reivindicações concorrentes das vantagens em relação à vida social e à renda. Por essa razão, é possível afirmar que o conceito de equidade, em Rawls, está diretamente associado à ideia de justiça social.

O autor escolheu dois princípios de justiça na elaboração de sua teoria: da liberdade igual e o da diferença. Na posição original o indivíduo está coberto por um véu de ignorância no qual não tem definido sua posição social, nem tão pouco tem claro como os dotes pessoais (físicos e intelectuais) estão distribuídos entre os outros membros da sociedade. Assim, os princípios de justiça são definidos de modo que não se favoreçam umas pessoas em relação às outras. A liberdade igual garante liberdades e direitos mais amplos possível, de modo que a liberdade é igual para todos; somente depois se anuncia o princípio da diferença que assegura que as desigualdades

econômicas nas distribuições da renda e de benefícios serão aceitas só quando beneficiem preferencialmente os menos favorecidos, do mesmo modo as vantagens só serão aceitas se beneficiarem os menos favorecidos (RAWLS, 2008).

O autor reconhece as desigualdades sócio-econômicas através do princípio da diferença, na medida em que haja um compromisso por mais parte dos mais favorecidos com relação aos menos favorecidos. Nas palavras do autor:

(...) os princípios da justiça, em particular o princípio de diferença, aplicam-se aos princípios e aos programas políticos públicos que regem as desigualdades econômicas e sociais. Eles servem para ajustar o sistema dos títulos (no sentido jurídico) e dos ganhos e para equilibrar as normas e preceitos familiares que esse sistema utiliza na vida cotidiana. O princípio de diferença vale, por exemplo, para a taxação da propriedade e da renda, para a política econômica e fiscal (RAWLS, 2000, p.34).

Os dois princípios propostos por Rawls buscam proteger as liberdades básicas fundamentais do indivíduo e garantir melhorias sociais em suas vidas. Assim, é preciso que o indivíduo concorde com os dois princípios e esses devem seguir uma ordenação lógica (primeiro o princípio da liberdade igual e o princípio da diferença) na sua aplicação, pois dessa forma haverá uma proteção para que as liberdades iguais não sejam violadas, nem sejam compensadas por maiores vantagens sociais.

Isso é o que garante uma justiça como equidade, na qual não se prevê uma divisão igualitária e totalizadora dos bens primários, uma vez que a desigualdade é necessária e inevitável em função do dinamismo dos indivíduos e da própria sociedade. Sendo assim, o termo equidade pode ser entendido como uma tentativa de equalizar os interesses discrepantes inevitavelmente presentes em qualquer sociedade equânime. Em suma, uma justiça baseada na equidade prevê que acima de tudo, sejam amparados os desvalidos, corrigindo desse modo as desigualdades sociais.

Atualmente, o conceito de equidade vem sendo bastante empregado para tratar de questões que envolvam a garantia dos direitos sociais para toda a população. O uso do princípio da equidade atua como uma forma de complementação do conceito de igualdade. A equidade evidencia que as pessoas são diferentes e, portanto, têm necessidades de ordem diversa. Nesta perspectiva, Sposati (1999) afirma que:

Agora, noção de igualdade só se completa se compartilhada à noção de equidade. Assim, não basta um padrão universal se este não comportar o direito à diferença. Não se trata mais de um padrão homogêneo, mas de um padrão equânime (p.128).

O termo equidade em saúde foi cunhado, na década de 1980, por Margaret Whitehead introduzindo o critério de justiça para tratar a distribuição igualitária dos direitos. Para essa autora, as políticas nacionais de saúde devem se preocupar com toda a população, inclusive os mais vulneráveis, visto que esses são os cidadãos que mais necessitam desse tipo de iniciativa. A exclusão desses grupos sociais na prestação de serviços de saúde distorce o sentido de equidade e de justiça (WHITEHEAD, 1992, p.4).

A equidade na saúde não deve ser entendida no sentido de que todos devam utilizar na mesma quantidade de recursos os serviços de saúde, independente de suas necessidades. Do ponto de vista da autora, a equidade deve ser posta como uma meta que estimula os países a reconhecer e desafiar as causas que geram as desigualdades. Assim, para resolver as desigualdades na saúde é preciso que haja um trabalho coletivo que transponha o acesso à saúde sanitária e inclua o apoio de todos os níveis de organização e profissionais da saúde. Para Peter e Evans (2002), tratar a questão da saúde sob o aspecto da equidade evidencia que essa não é um problema individual de ordem biológica ou comportamental, mas sim algo que depende de circunstâncias sociais e envolve uma gama de políticas públicas. O Ministério da Saúde também entende a importância de tratar a saúde pública tendo por base as diferenças e diversidades:

Se o SUS oferecesse exatamente o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, estaria provavelmente oferecendo coisas desnecessárias para alguns, deixando de atender às necessidades de outros, mantendo as desigualdades (Ministério da Saúde, 2000).

O princípio da equidade em saúde é tratado a partir de dois critérios: a equidade horizontal e a equidade vertical (WEST; CULLIS, 1979; WAGFTAFF; VAN DOORSLAER, 1993). A equidade horizontal entende que indivíduos com necessidades iguais devem ser tratados do mesmo modo, tanto no acesso, quanto no tratamento. Já na

equidade vertical os indivíduos que tenham necessidades diferentes devem ser tratados de forma diferente.

Outro critério bastante utilizado nos estudos sobre saúde é a distinção entre equidade em saúde e equidade no uso ou no consumo de serviços de saúde. Conforme aponta Travassos (1997), a diferenciação é necessária na medida em que se constata que os determinantes das desigualdades ao adoecer e ao morrer não são exatamente os mesmos daqueles averiguados no consumo de serviços de saúde. Ainda de acordo com Travassos, as desigualdades em saúde se aproximam das desigualdades sociais e, por essa razão, a igualdade no uso dos serviços de saúde é importante, mas não permite que haja algum impacto na diminuição das desigualdades entre grupos sociais. No caso do uso de serviços de saúde, as desigualdades sociais provocam impacto no que se refere à saúde da população, pois podem aumentar ou reduzir a ocorrência de determinadas doenças. Se a utilização do serviço for satisfatória, pode evitar a mortalidade, aumentando as taxas de sobrevivência. Contudo, se a prestação do serviço for de baixa qualidade ou os procedimentos forem ineficazes, pode ocorrer um impacto negativo sobre a saúde (*Idem*, p. 2).

Essas abordagens sobre o conceito de equidade contribuem para a formulação de políticas públicas voltadas para saúde, ao aprofundarem o princípio da igualdade formal. A equidade permite pensar que as pessoas que se encontram em situação especial sejam tratadas de forma especial. O Brasil reconhece legalmente a diversidade cultural, religiosa e racial de seu povo; portanto, segundo a igualdade presente na legislação não pode haver uma homogeneização de tratamento de direitos. Um tratamento equânime é a efetivação do reconhecimento das diversidades. Muitos estudos sobre políticas públicas nesta área buscam salientar que a utilização do princípio da equidade como base é importante na construção de uma sociedade mais justa, uma vez que todos os cidadãos teriam igualdade de oportunidades e condições de acesso a este direito social (WHITEHEAD, 1992; SEN, 2001; CHEN, BERLINGUER, 2001; PETER, TYMOTHY, 2001). Neste sentido Escorel (2009) afirma ser imprescindível uma distribuição desigual na saúde, porque as necessidades são quase sempre diferentes. Cada indivíduo necessita de um tratamento único e; portanto seria inadequada uma política baseada unicamente na igualdade. Dessa forma, a autora acredita que a busca pela elaboração de uma política equitativa é a meta a ser alcançada.

2.3 Racismo no Brasil

As discussões a cerca da temática sobre raça e racismo, no Brasil, são bastante amplas e diversificadas. Algumas abordagens tratam a problemática racial a partir de questões como identidade nacional, mestiçagem e democracia racial (FRY et al, 2007), outras buscam refletir acerca dos efeitos do racismo na vida das pessoas, a naturalização das desigualdades e o processo de racialização (GUIMARÃES, 2005; WIEVIORKA,2007; SCHWARCZ, 1993). Neste trabalho, serão abordados alguns estudos no intuito de melhor compreender como o racismo pode interferir nos condicionantes sociais, provocando desigualdades sociais e exclusão.

O uso corrente do termo racismo, nas sociedades ocidentais, surgiu no período entre guerras, e ganhou destaque no período pós-guerra (WIEVIORKA, 2007). Os formuladores das políticas públicas em saúde utilizam a seguinte definição de racismo: “É a atribuição de estatutos intelectuais e morais inferiores/superiores a grupos humanos/étnicos específicos” (RELATÓRIO, 2001). Todavia, ao se pautar na argumentação de João de Pina-Cabral (1998), pode-se constatar que esse tipo de conceituação dá uma ênfase demasiada na diferenciação fenotípica como elemento dominante na classificação do sujeito, deixando em segundo plano, aspectos como etnocentrismo, auto valorização de sua cultura em relação à do outro, atitudes de um grupo impondo a sua superioridade ao outro, valendo-se de cognição que é fundamentada e estruturada socialmente.

O racismo amplia as diferenças e alimenta ou justifica atitudes discriminatórias, mas para existir, não necessita de uma ação ou de atos concretos. Do racismo decorre o preconceito e a discriminação. De acordo com Jones (1973), “o preconceito é uma atitude negativa, com relação a um grupo ou uma pessoa, baseando-se num processo de comparação social em que o grupo do indivíduo é considerado como o ponto positivo de referência (p. 3)”.

A manifestação comportamental do preconceito é a discriminação. Entende-se por discriminação toda a atitude que nega a um grupo ou indivíduos um tratamento igualitário, levando em consideração características fenotípicas de raça, sexo, idade, religião, nacionalidade, origem social e opinião política (FIGUEROA, 2004, p. 23). A discriminação pode acontecer de forma direta e indireta. A discriminação direta é aquela

que está prevista em lei e que pode gerar punições ao indivíduo que a pratica. Já a discriminação indireta são aquelas práticas comportamentais inconscientes que acabam afetando os interesses de um determinado grupo (GUIMARÃES, 2005).

O racismo no Brasil teve sua origem desde a própria descoberta do território, quando alguns viajantes filósofos, como Buffon, o descreviam como um lugar habitado por criaturas débeis ou imaturas. Outros tratavam o povo como seres preguiçosos, insensíveis e fracos mentalmente (SCHWARCZ, 2001). Aos olhos desses europeus, o Brasil parecia um lugar demasiadamente diverso. Nesse momento, começava a origem da ideia do continente americano e seu povo serem demasiadamente inferiores aos europeus, algo que ficou mais evidente nos séculos seguintes.

No período colonial com a escravidão, o racismo no Brasil ficou mais evidente, provocando a exclusão dos negros de toda e qualquer participação na sociedade. O Brasil foi o último país no mundo a acabar com a escravidão. Assim, como destaca Freitas (1985): “Nenhuma outra região do Novo Mundo foi tão completamente modelada e condicionada pela escravidão quanto o Brasil. Simplesmente, a escravidão fez o Brasil” (p.12). A abolição representou a transição do trabalho escravo para o trabalho livre, que começou a partir do tratado de Aliança e de Amizade de 1810, no qual o príncipe regente se comprometeu com a Inglaterra em abolir o tráfico negreiro.

Acabar com a escravidão em favor do trabalho assalariado era a forma mais eficiente do Brasil se inserir na economia mundial. Porém, somente no ano de 1850, devido à insistência daquele país, foi aprovada a Lei Eusébio de Queirós que colocava fim ao tráfico legal de negros.

Com o grande aumento demográfico na Europa, diversos problemas oriundos da segunda fase da Revolução Industrial e conflitos em função da unificação da Itália e da Alemanha. Muitos europeus passaram, então a emigrar para o Brasil, servindo de mão-de-obra assalariada para as lavouras e para as indústrias que começavam a se instalar no Brasil.

Durante esse período, havia no mundo o que Wieviorka (2007) define como convergência de saberes no intuito de demonstrar que a “raça” branca era superior as outras “raças”. Os viajantes, os escritores, os poetas, os filósofos e os eruditos (médicos, psicólogos, historiadores e teólogos) estavam empenhados em demonstrar que a mistura entre as raças era uma fonte de decadência para a manutenção da raça superior. Através de concepções positivistas, alguns autores como Ludwig Gumplowicz, Johan Friedrich Blumenbach e Johan Franz Gall se valeram das ciências naturais para explicar os

processos históricos e sociais, fazendo correlações entre a capacidade intelectual dos indivíduos e a forma de suas cabeças. Já no fim do século XIX, as teorias de Charles Darwin e de Herbet Spencer² passaram a dar fundamento científico para a criação de teorias raciais que defendiam a raça branca como a única capaz de comandar o mundo em relação às demais raças que estariam em um estágio primitivo ou infantil. Esse tipo de teoria servia como forma de legitimação de um mundo baseado na liberdade, igualdade e fraternidade entre homens brancos.

O nascimento da República trazia consigo os ideais de liberdade e igualdade. No mesmo período a Lei Áurea, de 13 de maio de 1888, garantiu o estatuto jurídico de livre aos negros, mas não minimizou a discriminação e a exclusão social, uma vez que a ideologia do racismo ainda se fez presente como uma forma de justificar e legitimar as práticas de discriminação e exploração. Os negros e mestiços passaram a serem vistos como os responsáveis pela possível falta de futuro do país. Alguns estudiosos da época como Nina Rodrigues, Sílvio Romero e João Batista, se basearam em teorias estrangeiras para afirmar que a miscigenação racial do Brasil era a grande causadora das mazelas da sociedade (SCHWARCZ, 2001).

De acordo com Freitas (1985), o homem negro era visto como inferior e, por isso, deveria ser discriminado. O republicano Sílvio Romero pregava a ideia de que o país precisa de membros das camadas médias e altas da sociedade urbana composta por indivíduos brancos e cultos, ligados as oligarquias dominantes, para assim defender o progresso e o desenvolvimento do país. Com o propósito de “purificar” a população influenciada pela mestiçagem, o Brasil, passou a se preocupar com um branqueamento da população algo que os imigrantes europeus poderiam contribuir (BARRETO, 2004), tornando-se uma importante força de trabalho de baixo custo financiada pelo poder público. Os fazendeiros puderam contar com a ajuda do Estado para se recuperar das crises financeiras e não saíram prejudicados com o fim da escravidão. A ideia do branqueamento da população era tão forte que no Primeiro Congresso Internacional das Raças, em 1911, o antropólogo João Batista Lacerda apresentou uma tese que implicava num clareamento geral, não só do ponto de vista físico, mas, sobretudo moral e social (SCHWARCZ, 2001).

² Apesar destas teorias raciais terem tido base nas de Darwin sobre a origem das espécies, é importante ressaltar que essa é bastante diferente da teoria de Spencer. O darwinismo social está pautada na evolução da espécie através da seleção natural, já Spencer salienta que as características fixas da raça permitem com que um grupo racial se mantenha por meio de lutas de modo a eliminar o outro.

A particularidade do racismo no Brasil é o fato de que os negros não conseguiram se inserir na sociedade com nenhuma forma de ocupação formal restando-lhes somente a marginalização, ou seja, os negros deixaram de vivenciar um racismo baseado na dominação para enfrentar um racismo de exclusão social (KALCKMANN, 2007; SODRÉ, 1995). A concepção de uma hierarquização das raças passou a fazer parte do imaginário das pessoas como uma explicação determinista para a dominação de uma raça em relação à outra.

Conforme Jaccoud (2008), as raças não mais seriam diferenciadas por direito à propriedade, religião e cultura, mas sim por fatores biológicos. Essa diferenciação era justificada em função de uma exigência nacional na qual somente um país formado por cidadãos brancos poderiam garantir os ideais de liberalismo e de progresso. Nas palavras da autora:

De fato, as desigualdades entre raças, agora interpretadas como intrínsecas às suas diferentes naturezas, determinariam as potencialidades individuais e resvalariam para o cenário político e social onde a capacidade de participação dos negros não poderia ser entendida a não ser com restrições. Ampliam-se os preconceitos quanto à participação dos negros nos espaços públicos, acentuam-se os mecanismos discriminatórios e fortalecem-se os estímulos à imigração europeia (JACCOUD, 2008, p. 48).

Essa situação acabou perdurando com o tempo e ainda hoje há um estereótipo preconceituoso do negro tendo como raiz origem étnicas, raciais, regionais e religiosas. Entretanto, como não há segregação formal, nem conflitos raciais explícitos, no Brasil, durante muito tempo alimentou-se a visão de um anti-racismo na sociedade brasileira.

A partir da década de 1930, as teorias racistas e o projeto de branqueamento perderam espaço para a ideologia da democracia racial, na qual brancos, pretos e mestiços teriam tratamento e oportunidades iguais. Em 1933, Gilberto Freyre publicou *Casa-Grande & Senzala* cuja grande inovação foi valorizar as matrizes genéticas e os elementos culturais que compunham a sociedade brasileira, sem levar em conta aspectos étnicos raciais. Nas décadas que se passaram, muitos pesquisadores antropólogos e sociólogos continuaram afirmando em suas pesquisas, muitas de alcance mundial, o caráter harmônico das relações raciais da sociedade brasileira. Nessa nova abordagem, o brasileiro deveria se orgulhar de sua mistura étnica. De acordo com Guimarães (2005), o brasileiro passou a acreditar que vivia em um país onde não existiam preconceito e discriminação racial. Em contrapartida, Florestan Fernandes (1965) tratou a ideia da

“democracia racial” como um mito, uma vez que o modelo de relação senhor e escravo sempre foi uma prática presente e internalizada no cotidiano do brasileiro. Apesar dessa crítica, foi somente, na década de 1980 que ela passou a ser tratada pelos movimentos sociais e estudiosos como uma forma de “discriminação mascarada”. Nas palavras de Guimarães:

A princípio, prevaleceu a compreensão de que se tratava realmente de um mito fundador da nacionalidade. Afinal, o Brasil teria sido percebido historicamente como um país onde os brancos tinham uma fraca, ou quase nenhuma, consciência de raça (cf. Freyre, 1933); onde a miscigenação era, desde o período colonial, disseminada e moralmente consentida; onde os mestiços, desde que bem-educados, seriam regularmente incorporados às elites; enfim, onde o preconceito racial nunca fora forte o suficiente para criar uma "linha de cor". Viotti da Costa (1985) fez talvez a mais completa síntese dessa interpretação (GUIMARÃES, 2007, p.1).

Ainda de acordo com o autor o mito de uma democracia racial é real na medida em que provoca efeitos concretos nas práticas das pessoas. No entanto, a ideia de uma democracia racial pode ao mesmo tempo coibir e amenizar a prática do preconceito. Para Guimarães (2005), o racismo no Brasil, sempre foi considerado um tabu e as pessoas passaram a acreditar que viviam em uma democracia racial, tratando isso como um motivo de orgulho. O termo ganhou destaque nos anos de 1937-1944, na época do Estado Novo, como uma maneira de inserir o país nas dinâmicas dos países democráticos, fazendo assim uma oposição ao racismo e ao totalitarismo da Segunda Guerra Mundial.

Para Azevedo (1975), o mito da democracia racial está pautado em argumentos como a determinação dos critérios de classe no processo de atribuição de status e de relacionamento individual e na ausência de uma hostilidade manifesta e da violência entre brancos, pretos e mestiços. Guimarães aponta que o uso do termo democracia racial foi empregado como uma estratégia de ordem política e econômica na tentativa de inserir os negros na estrutura da sociedade brasileira. Todavia, na sua concepção, esse formato de inserção foi direcionado exclusivamente para os negros trabalhadores das grandes cidades, deixando de lado os trabalhadores informais e trabalhadores do campo, limitando-os da participação das grandes decisões tomadas no país.

A partir dos anos de 1960, a democracia racial passou a ser entendida como algo a ser superado, de modo que o compromisso democrático garantisse a universalização

dos direitos aos bens primários e o acesso meritocrático à vida social, política e cultural. A democracia estaria, nesse caso, fundamentada na participação da classe trabalhadora, e nesse sentido, os negros seriam agentes participativos das decisões democráticas no país.

No plano mundial, o genocídio dos judeus na Segunda Guerra Mundial, sob a ideologia da pureza da raça, ocasionou o declínio das explicações raciais para justificar qualquer tipo de exclusão, desigualdade social e preconceito. A UNESCO organizou diversos encontros com comissões multidisciplinares com o intuito de produzir documentos formais negando qualquer tipo de hierarquização de indivíduos em função de sua raça, sexo ou origem. As reformas constitucionais na América Latina também trouxeram avanços nas questões raciais (GUIMARÃES, 2007, p.5).

No Brasil, outro ponto a destacar com relação ao racismo é a sua invisibilidade. Durante muitas décadas, as raças eram tratadas como algo inexistente e as desigualdades geradas em função da condição racial era uma realidade estabilizada e natural (ANJOS, 2007; SCHWARCZ, 2012). Para Schwarcz (2012), sempre acreditou-se que, no país, se vive em uma harmonia racial e todos os conflitos existentes dessa ordem seriam decorrentes de problemas pessoais. De acordo com a autora, a cor preta como está colocado nas pesquisas dos censos revelam que no país há uma tendência em associar cor características fenotípicas, como uma marca física do sujeito. A esse fenômeno Oracy Nogueira (1985) denomina de preconceito de marca, ou seja, quando o preconceito está associado à cor do sujeito e sua aparência física, em contrapartida a um preconceito onde se leva em conta a origem da pessoa a partir do grupo étnico do qual é oriunda. No preconceito de marca, caso o indivíduo tenha habilidades específicas ou intelectuais, ele pode ter um tratamento discriminatório abrandado. Algo que não acontece com o preconceito de origem, uma vez que não há qualquer particularidade pessoal que mude a condição do indivíduo. O preconceito de marca ainda traz como característica uma ênfase na superioridade estética dos traços fenotípicos do branco em relação ao negro, construído desde a infância. No preconceito de origem, o preconceito é direto e provoca a segregação intencional da população negra.

Outro estudo desenvolvido por Ângela Figueiredo e Ramón Grosfoguel (2009) afirma que os brasileiros sabem da existência de preconceito e discriminação racial, mas para a maioria deles isso não afeta de modo significativo as trajetórias dos discriminados. Esse tipo de conduta, não impediria, de acordo com a pesquisa, os

negros de estudarem em boas instituições de ensino, obter bons trabalhos, tão pouco afetaria sua expectativa de vida. Do mesmo modo, “quase todos concordam com a existência das desigualdades raciais, mas é quase impossível constatar o racismo existente em nossa sociedade” (FIGUEIREDO, A., GROSFOGUEL, R.; 2009, p. 229). Lilian Schwarcz (2012) analisando alguns dados referentes a uma pesquisa realizada pela Universidade de São Paulo sobre o racismo, no Brasil, e concluiu que:

97% dos entrevistados afirmaram não ter preconceito, 98% disseram conhecer, sim, pessoas e situações que revelam a existência de preconceito racial no país. Ao mesmo tempo, quando inquiridos sobre o grau de relação com aqueles que denominam racistas, os entrevistados indicaram com frequência parentes próximos, namorados e amigos íntimos. A conclusão informal da pesquisa era, assim, que todo brasileiro parece se sentir como uma “ilha de democracia” cercado de racistas por todos os lados (p. 30).

Esses estudos nos revelam a existência de uma discriminação racial como algo presente na estrutura da sociedade. O centro dos debates, nesse caso, são os efeitos do racismo para a vida das pessoas ou de um grupo e como isso pode interferir nas dinâmicas das relações sociais. Da mesma forma, é interessante que se analise essa problemática no âmbito institucional e com o enfoque na área da saúde, objeto de estudo deste trabalho. O termo racismo institucional foi definido, em 1967, pelo grupo de ativistas Panteras Negras para delimitar de forma como o racismo acontece nas instituições sociais. Portanto, racismo institucional consiste na: “falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica” (CARMICHAEL, S. e HAMILTON, C.; 1967, p. 4).

Define-se também como racismo institucional:

(...) o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas devido à sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em 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 de acesso aos benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações (Documento da Comissão for Racial Equality, 1999 *apud* Sampaio, 2003, p. 82).

O racismo institucional, ou também denominado de sistêmico, legitima as condutas excludentes, de ordem racial e étnica, praticadas no dia a dia das relações pessoais. Ele nem sempre ocorre de forma explícita e, em geral, provoca um sentimento de impotência no sujeito, porque dificulta a possibilidade deste acessar os recursos e o apoio necessários para a proteção contra os danos causados pelo infortúnio (KALCKMANN, 2007, p.147). Na área da saúde, ele ultrapassa o nível das relações pessoais, causando um comprometimento nos objetivos e metas das instituições e da gestão pública. O preconceito racial pode estar incluso no discurso de gestores funcionários e representantes de instituições públicas e privadas, e ainda é capaz de influenciar em decisões na gestão, na formulação de leis, normas e projetos. Isso torna mais evidente a discriminação, decorrente de um preconceito inconsciente, da desinformação, falta de atenção e de estereótipos racistas (FIGUEROA, 2004). A autora ainda destaca a dificuldade em tratar essas práticas como condutas e comportamentos racistas, pois há uma resistência por parte dos envolvidos em admitir o teor racista de suas condutas. Ao mesmo tempo as instituições e organizações pouco fazem para banir esse comportamento do cotidiano dos estabelecimentos.

Jurema Werneck (2013) atenta para o fato de o racismo institucional também dificultar ou impedir o acesso ao direito à saúde e ao atendimento de necessidades específicas, de modo que a linguagem, os documentos, as distâncias, as atitudes e etc. tornam-se barreiras expressamente colocadas no acesso à saúde. Do modo como tais condições são colocadas, passa a impressão de que tais dificuldades seguem um ciclo natural. Isso afeta as dinâmicas dos programas e políticas institucionais de tal maneira que perpetuam a exclusão racial e impedem o avanço equitativo das ações. O racismo institucional não só limita o acesso de qualidade aos serviços e direitos, como também perpetua as condições de desigualdade racial em nossa sociedade.

Atualmente, algumas políticas de cunho afirmativo buscam inserir o negro de forma justa na sociedade, tendo em vista a falta de oportunidades decorrente do preconceito. O termo políticas afirmativas surgiu, em 1935, nos Estados Unidos como uma forma de proibir ao empregador qualquer forma de repressão contra membros dos sindicatos. Foi somente no governo de John F. Kennedy, na década de 1960, que o termo passou a ser empregado no sentido atual. O então presidente promulgou uma

ordem executiva na qual as empresas empreiteiras contratadas pelas entidades públicas passassem a selecionar indivíduos oprimidos socialmente. As ações afirmativas, nesse contexto, tinham a finalidade de promover maior igualdade social nas categorias da sociedade originalmente discriminadas em função de raça, sexo e nacionalidade. Como esse incentivo do governo não surtiu efeitos positivos determinantes, foram necessárias a criação de políticas de ação afirmativa mais incisivas (BELLINTANI, 2006). Joaquim Barbosa Gomes (2003) apresenta a seguinte definição:

Atualmente, as ações afirmativas podem ser definidas como um conjunto de políticas públicas e privadas de caráter compulsório, facultativo ou voluntário, concebidas com vistas ao combate à discriminação racial, de gênero, por deficiência física e de origem nacional, bem como para corrigir ou mitigar os efeitos presentes da discriminação praticada no passado, tendo por objetivo a concretização do ideal de efetiva igualdade de acesso a bens fundamentais como a educação e o emprego. [...] Em síntese, trata-se de políticas e de mecanismos de inclusão concebidos por entidades públicas, privadas e por órgãos dotados de competência jurisdicional, com vistas à concretização de um objetivo constitucional universalmente reconhecido - o da efetiva igualdade de oportunidades a que todos os seres humanos têm direito (p.9).

As políticas de ações afirmativas visam garantir a efetivação do princípio da igualdade no que se refere à inserção das minorias na sociedade. Elas seriam uma forma de operacionalizar os mecanismos de promoção de igualdade de oportunidades. Cabe destacar, contudo, que a relevância das ações afirmativas não é somente justificada por meio da garantia de igualdade entre os cidadãos, mas também porque contribuem para apagar do imaginário coletivo a visão equivocada da superioridade de uma raça em relação à outra. Além disso, visam aumentar a participação das classes minoritárias nos aspectos econômico, social, político e cultural da sociedade.

No Brasil, o Estatuto da Igualdade Racial (Lei n.12288/10), destina-se a garantir a efetivação da igualdade de oportunidades à população negra, através de medidas, programas e políticas de cunho afirmativo, visando a proteção aos direitos fundamentais como educação, saúde, moradia, trabalho entre outros. A partir dessas orientações, verifica-se que as duas principais políticas de cunho afirmativo estão presentes no setor

da educação e da saúde³. No primeiro caso, há uma reserva de vagas no concurso vestibular nas universidades públicas para alunos de origem afro-descendentes. Na área saúde, verifica-se a política de saúde integral da população negra, objeto de estudo deste trabalho.

2.4 Políticas Públicas e Modelos Teórico dos Fluxos Múltiplos (*Multiple Streams Model*)

O estudo das políticas públicas a partir de pressupostos teóricos configura-se como um instrumento analítico importante para os pesquisadores entenderem de forma adequada como um problema social tornou-se relevante em uma comunidade, as possíveis soluções e alternativas; como solucionar o problema, quais os principais entraves, as medidas corretas para alcançar os resultados esperados e o impacto dessas políticas públicas (SECCHI, 2010). Atualmente, as políticas públicas são objeto de estudo de diversas disciplinas e áreas de interesse como: educação, segurança pública, saúde, meio ambiente, habitação e outros. De acordo com Leonardo Secchi (2010), o seu caráter transversal permite a verificação de características políticas-administrativas comuns, ou seja, é possível constatar que problemas públicos surgem de forma semelhante; a análise que buscam alternativas para a resolução dos problemas sociais são próximas; as tomadas de decisão e alternativas parecidas; e a avaliação de impacto acontece de forma semelhante.

Para melhor entendimento do processo que configura a formulação de uma política pública em saúde para a população negra, no Brasil, este estudo irá utilizar o modelo teórico dos Fluxos Múltiplos (*Multiple Streams Model*). Esse modelo, elaborado para analisar as políticas de saúde do governo federal norte americano, permite explicar como ocorre o ciclo de formação de uma política pública, a composição da agenda e o processo de tomada de decisões. Além disso, evidencia como uma dada questão passa a

³ Há ainda que salientar a reserva de vagas em concursos públicos de alguns estados brasileiros e de alguns municípios. Atualmente, está em debate um projeto de lei que busca garantir 20% das vagas em concursos públicos para afro-descendentes e índios.

integrar uma agenda política e, posteriormente, ser objeto ou não de uma política propriamente dita.

Kingdon elaborou esse modelo ao constatar que alguns assuntos passam a integrar a agenda governamental na medida em que despertam o interesse dos formuladores das políticas públicas. Todavia, nem todas essas questões se transformam imediatamente em políticas públicas devido ao grande número e intensidade de problemas a ser tratados. Dessa forma, somente algumas questões passam a integrar a agenda decisional, e a partir daí passam a ser tratadas como questões prontas para se tornarem uma política (CAPELLA, 2007). O autor afirma que o processo de formulação de uma agenda governamental é composto pela combinação de três fluxos independentes: o fluxo de problemas, o fluxo das alternativas e o fluxo político.

O fluxo dos problemas é aquele no qual algumas questões sociais passam a despertar o interesse dos tomadores de decisão para que algo seja feito acerca do problema. Os indicadores sociais são importantes, nesse fluxo, porque revelam de forma quantitativa a verdadeira situação do problema. Os eventos de grande magnitude, crise e até mesmo desastres podem também trazer à tona a realidade de um problema e, assim, reforçam a importância da elaboração de uma ação concreta sobre o caso. O *feedback* dos gastos, acompanhamento, implementação de programas do governo, juntamente com a reclamação da população podem também tornar uma questão central para os formuladores de políticas. O fluxo dos problemas é de suma importância no que diz respeito às estratégias políticas, visto que conforme um problema for definido, elaborado e articulado, é isso que um problema isso irá determinar o sucesso da formulação de uma política (CAPELLA, 2007).

O fluxo das alternativas diz respeito ao processo de geração de alternativas e propostas de políticas públicas. O aspecto técnico das soluções apresentadas para o problema será fator determinante para sua possível execução. A difusão dessas ideias ocorre por meio de pesquisadores, assessores parlamentares, acadêmicos, funcionários públicos e outros especialistas que procuram difundir suas percepções sobre o problema para a população em geral. Eles levam suas propostas para fóruns e comunidades especializadas na tentativa de persuadir os demais membros para a relevância de suas demandas. Acredita-se que a partir disso, suas ideias são difundidas e reconhecidas rapidamente na sociedade. No Modelo dos Fluxos Múltiplos, as ideias e as percepções

têm uma grande importância no processo de formulação de uma política pública, pois evidenciam a dimensão simbólica de todo o processo.

Por fim, o fluxo político corresponde aos processos desenvolvidos no âmbito governamental, motivados por barganhas e negociações políticas. Nesse fluxo, O humor nacional (*national mood*) é um elemento importante haja vista que se muitas pessoas compartilharem de ideias semelhantes sobre um problema, esse poderá integrar mais facilmente uma política pública. Outro elemento que deve ser destacado é a composição de forças organizadas nas quais os grupos de pressão conseguem a aderência de outros membros da oposição criando um espaço propício para discussão de suas propostas. Também convém ressaltar a importância das pessoas que exercem posições privilegiadas que compõem a base estrutural do governo. Quando há mudanças de pessoas em chefias de órgãos, na composição do Congresso e em empresas públicas, pode ocorrer um cenário propício para introdução de novos assuntos na agenda. A agenda governamental sofre a influência de grupos de pressão, opinião pública, pressões do Legislativo, movimentos sociais, processo eleitoral, favorecendo ou não a entrada de um problema na agenda governamental (CAPELLA, 2007).

Em momentos críticos, esses três fluxos convergem, formando um cenário favorável para que um problema entre na agenda. Nessas condições, o problema passa a ser reconhecido como relevante para sociedade, viabilizam-se soluções concretas para tratá-lo e o cenário político está disposto a discuti-lo. Segundo Kingdon (2003), essas condições que criam a possibilidade de convergência dos fluxos denomina-se *policy window* (janela de políticas). Os problemas não são escolhidos de forma aleatória para se tornarem uma política pública. A convergência de ideias depende do momento em que chegam em cada um dos fluxos, possibilitando ou não a entrada da questão na agenda governamental.

De acordo com Zahariadis (1999), os três fluxos são independentes e seguem suas próprias dinâmicas e ritmos. Em algumas situações, pode ocorrer o acoplamento parcial de apenas dois dos fluxos, já sendo possível mudança na agenda. Apesar dos fluxos serem independentes, é preciso um grau de dependência para que o problema se transforme em uma política.

Diferentemente de Kingdon (1995), que separa o processo de pré-decisão da decisão propriamente dita, Zahariadis (1999) amplia o modelo até o processo de implementação da política. Na forma de análise sugerida por Zahariadis, o principal ponto a destacar diz respeito à atenção que deve ser dada à estrutura do governo e as questões tratadas na esfera governamental.

O Modelo dos Fluxos Múltiplos é acima de tudo relevante neste estudo, porque aborda a formulação de uma política através da dinâmica das ideias. Nesse modelo, uma política pública envolve uma disputa entre definições de problemas e geração de alternativas. Assim, é possível analisar de forma mais adequada o porquê de uma questão entrar na agenda governamental em detrimento de outras.

A partir do modelo teórico, acima exposto, será desenvolvida, no próximo capítulo, uma análise a cerca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra que foi formulada a partir de uma janela de oportunidades, entrando assim na agenda governamental das políticas públicas. Além disso, será realizado um debate paralelo endossado pelos conceitos de equidade, racismo e políticas públicas desenvolvidos neste capítulo.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE PARA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL

3.1 Processo de Formulação das Políticas Públicas em Saúde para a População Negra

Neste capítulo será realizada uma análise a cerca do processo de formulação da atual política pública em saúde no Brasil, para a população negra a partir do modelo teórico dos Fluxos Múltiplos (*Multiple Streams Model*). Como já foi abordado no capítulo anterior, para que uma política pública componha a agenda governamental é necessário que os três fluxos entrem em convergência.

O acesso à saúde da população negra apesar de ser uma questão de debate, nem sempre foi entendido como um problema passível de integrar a agenda das políticas públicas. Este assunto era discutido dentro de movimentos sociais e por estudiosos da área em uma proporção que se restringia ao ambiente de discussão desses grupos e não alcançava a sociedade em geral. Desde a década de 1970, o movimento negro reivindica acesso digno à saúde e políticas focadas no tratamento e prevenção de doenças consideradas prevalentes nessa população. Na esfera política não havia agentes do governo dispostos a criar uma política específica na área da saúde para a população negra.

Entretanto, a partir de uma série de acontecimentos houve uma convergência entre os três fluxos que resultaram na formulação de uma política pública em saúde para população negra. A forma como se estabeleceram essas dinâmicas serão analisadas ao longo deste capítulo, juntamente com outras questões como a importância da equidade em saúde, o racismo e as desigualdades por ele gerado.

O problema do acesso à saúde, no Brasil, passou receber destaque nas últimas décadas a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual garante a todos o acesso a esse bem como um direito universal e dever do Estado. O Sistema Único de

Saúde (SUS)⁴ reconhece esse direito através do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Para tanto, tem como objetivos:

I- a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto § 1º do art. 2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990).

O SUS tem cerca de 6.000 hospitais credenciados no país com disponibilidade de 400.000 leitos e 45.000 unidades de atenção primária. De acordo com dados do Ministério da Saúde, quase 80% da população brasileira depende exclusivamente do SUS para ter acesso aos serviços de saúde. A criação do SUS permitiu que todos os cidadãos tivessem acesso à saúde, diferentemente do modelo anterior que concedia o atendimento à rede pública somente aos associados ao sistema, através de vínculos com as categorias profissionais. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), o SUS proporcionou um avanço satisfatório nas questões relacionadas à saúde no país, principalmente em função da universalidade do sistema (OMS, 2012). Contudo, a Organização salienta que ainda persistem importantes desigualdades na distribuição de saúde, principalmente, ao levar em consideração indicadores como classe social, raça (brancos, negros e indígenas), áreas urbanas e rurais e sexo.

Este novo formato no atendimento de saúde na rede pública teve uma significativa importância para a população afrodescendente. Conforme os dados da PNAD de 2008, 66,9% dos cidadãos que foram atendidos em estabelecimentos eram pretos e pardos. No critério de gênero, os dados apontam para a maior desigualdade de acesso à saúde das mulheres pretas e pardas ao SUS em relação às mulheres brancas. De acordo com os dados da mesma PNAD 40,9% das mulheres pretas e pardas, acima de 40 anos, nunca haviam realizado uma mamografia, em comparação a 26,4% de mulheres brancas. Já as mulheres acima de 25 anos, 18,1% das pretas e pardas e 13,2% das brancas, jamais haviam feito um exame de Papanicolau. A partir dos dados acima

⁴ O Sistema Único de Saúde foi instituído pela Constituição Federal de 1988, no artigo 196, e está regulado pela Lei n. 8.080/1990. Os serviços são distribuídos pelos três entes federativos – União, Estados, Distrito Federal e Municípios. O sistema também reconhece a natureza complementar da participação da iniciativa privada.

apresentados, é possível inferir que a raça influencia de forma significativa na percepção e no estado de saúde das pessoas.

A discriminação racial é um fenômeno bastante comum, no Brasil, mas de difícil abordagem. Como destaca Schwarcz (2012), a discriminação é algo condenável por todos brasileiros e sempre atribuída ao outro, criando um racismo invisível. Este está presente, principalmente, nas relações cotidianas. O acesso aos bens públicos e aos direitos sociais segue uma lógica escravocrata, na qual os cargos e espaços de prestígios são raramente acessados pelos negros (FIGUEROA, 2004, p. 55). Apesar disso, o Brasil vem entendendo que o racismo se tornou uma barreira no acesso ao direito à saúde. Os indicadores sociais mostram que a iniquidade em saúde para a população negra é observada sob diversos aspectos, como maiores taxas de adoecimentos e mortes, seguida de um menor acesso às ações de promoção, prevenção e assistência à saúde. De acordo com dados do Ministério da Saúde, em 2008, referente à população urbana, entre homens e mulheres, 30,64% dos que se declararam brancos registraram sofrer de algum tipo de enfermidade, já a porcentagem para aqueles que se declararam negros é de 41,34% e 21,19% para aqueles não especificaram a raça.

Na área da saúde, as condições de atendimento à população negra no Brasil revelam que o **descaso** e a **desinformação** têm-se configurado como as faces mais perversas dentro da política no setor. Verifica-se a ausência de uma política específica para a população negra, que apresenta reiteradamente os piores índices de saúde (OLIVEIRA, 2001:8-12; Apud OLIVEIRA, 2003: 249).

As discussões a respeito da questão racial, no âmbito legal e na agenda das políticas públicas de saúde no Brasil, é algo recente. As primeiras inserções dessa temática ocorreram na década de 1980, em alguns estados e municípios, mobilizadas por ativistas do Movimento Negro e alguns pesquisadores acadêmicos da temática racial que buscavam institucionalizar sua participação nas Secretarias Estaduais e Municipais de saúde. Esses grupos foram bastante atuantes no processo de produção da Constituição Federal de 1988.

Somente no ano de 1995, com a Marcha Zumbi dos Palmares, que reivindicava a inclusão efetiva da população negra na sociedade e contra o racismo, o governo passou a se ocupar do assunto. A partir das reivindicações apresentadas no evento foi criado o

Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra (GTI) e o Subgrupo Saúde. Os trabalhos, desenvolvidos pelo grupo, resultaram em importantes avanços para a questão da raça/cor na saúde. Uma das principais conquistas se deu na introdução do quesito raça/cor nos sistema de informação de mortalidade e nascimentos de vivos no país. Também foi aprovada a Resolução n.196/96, que introduz a obrigatoriedade da informação racial em qualquer pesquisa de saúde envolvendo a participação de seres humanos. Através da Mesa Redonda sobre Saúde da População Negra, realizada em 1996, o Ministério da Saúde definiu uma área específica voltada para a saúde da população negra. Na ocasião, a principal preocupação era a implementação de uma política para a anemia falciforme. Nesse momento, verifica-se a confluência entre os fluxos das alternativas e o político, uma vez que através da pressão exercida pelos movimentos sociais, o conhecimento técnico produzido foi possível um diálogo com o Estado.

Cabe destacar que, nesse período, foram realizadas diversas ações voltadas para o assunto como: um projeto de pesquisa sobre Anemia Falciforme em remanescentes de quilombos nos estados da Bahia e do Sergipe; a implantação de sistemas de abastecimento de água na Comunidade Kalunga; contratação de membros da Comunidade Kalunga para atuarem como Agentes Comunitários de Saúde; publicação do “Estudo da Mortalidade por Anemia Falciforme” no Informe Epidemiológico do SUS; convênio com a Universidade de Brasília para a elaboração do Manual Técnico de Diagnóstico e Tratamento das Doenças em População Negra Brasileira (BARBOSA; FERNANDES, 2004). Nesse período, também foram elaboradas propostas com vistas a qualificar de forma apropriada os profissionais da saúde para obterem maiores informações acerca da problemática específica da população negra, além do incentivo em pesquisas na área e do acesso a informação quanto à saúde da população negra.

A questão específica da saúde pública voltada à população negra passou a fazer parte de diversos encontros e congressos em todo mundo. A partir desses eventos se criou um ambiente favorável para que o governo e a sociedade passassem a pensar alternativas para minimizar as desvantagens sociais geradas pelo racismo. Um dos encontros mais marcantes nesse sentido foi a III Conferência Mundial Contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerância Correlatas, realizada na cidade de Durban, na África do Sul, no ano de 2001. Dentro dessa perspectiva, cabe destacar o trabalho desenvolvido por organismos internacionais, principalmente a

Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) que, através de diversas iniciativas, estão contribuindo para construção de um espaço de fortalecimento da democracia e da garantia dos direitos sociais para toda a população.

No campo da saúde, é possível destacar o Plano de Ação da Conferência Regional das Américas Contra o Racismo, realizada no Chile, em 2000, no qual há uma solicitação para que Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) "promova ações para o reconhecimento de raça/grupo étnico/gênero como variável significativa em matéria de saúde e que desenvolva projetos específicos para prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas de descendência africana" (PNUD & OPAS, 2001, p. 5). Para Maio e Monteiro (2005, p.428), esse evento foi determinante para impulsionar a inclusão da temática racial nas ações de promoção da equidade em saúde. Ainda de acordo com os autores, a formulação de políticas públicas para esse grupo da população é justificado em função do impacto que a discriminação racial tem na qualidade de vida dos indivíduos, sobretudo no que se refere às desigualdades entre negros e brancos quanto à escolaridade, renda, saneamento básico e a ineficiência do acesso aos serviços oferecidos pelos SUS. Tal situação colabora para o agravamento das condições de saúde dos afro-brasileiros.

No Brasil, é importante salientar a atuação do Movimento Negro nas 11.^a e na 12.^a Conferências Nacionais de Saúde, realizadas nos anos de 2000 e 2003, firmando a importância da representação da população negra nas instâncias do SUS. A sua participação teve como resultado o estabelecimento de propostas para criar padrões de equidade étnico-racial nas políticas de saúde no país. As discussões propostas pelo movimento negro, nas décadas de 1970 e 1980, expandiram-se e hoje conseguem dialogar de forma legítima com o Estado, através de partidos políticos e parlamentares, e com pesquisadores e organismos internacionais;

No ano de 2003, foi criada por meio de Medida Provisória n. 111 e convertida na Lei 10.678 a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República (SEPPIR). Essa Secretaria tem importante função no que diz respeito à formulação, coordenação e avaliação de políticas públicas voltadas à promoção da igualdade e proteção dos direitos de indivíduos e grupos étnicos. O órgão realiza diversos seminários e encontros para discutir a questão da saúde da população negra, fazendo articulação com representantes do Ministério da Saúde, do Ministério do

Planejamento e do Comitê Técnico de Saúde da População Negra. A SEPPIR representou um marco importante para a criação PNSIPN, visto que interrelacionou os fluxos dos problemas, das alternativas e das políticas. Houve um entendimento da necessidade de se debater a saúde da população negra no âmbito político com a participação de técnicos, da sociedade e de movimentos sociais.

Através da Portaria 1.121/04 foi instituída a comissão interministerial, com a participação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir) e o Ministério da Saúde (MS), para a realização do I Seminário de Saúde da População Negra. O evento teve como objetivo avançar no diagnóstico sobre as condições de saúde da população negra e formular propostas que garantissem maior equidade em saúde para esse grupo. Outro ponto de destaque do Seminário foi reafirmar o interesse do governo com relação à questão da saúde da população negra, buscando promover um diálogo aberto e conjunto entre ativistas do movimento negro e pesquisadores do assunto.

O II Seminário Nacional de Saúde da População Negra ocorrido no ano de 2006 trouxe como elemento importante para a questão da saúde da população negra, o reconhecimento por parte do Ministério da Saúde da existência do racismo no âmbito do SUS e, acima de tudo a preocupação do governo em enfrentá-lo de forma prática. No dia 10 de novembro do mesmo ano foi aprovada a Política de Saúde Integral da População Negra, no qual era firmado esse compromisso por parte do governo federal.

No Estado de São Paulo, foi realizada uma das primeiras campanhas voltadas para a temática. Em dezembro de 2006, a Campanha de Combate ao Racismo Institucional no SUS condenava qualquer prática discriminatória no âmbito da saúde pública. Na mesma ocasião, o Ministério da Saúde distribuiu cartazes e pôsteres, dessa campanha, em Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, universidades, unidades básicas de saúde, hospitais, movimentos sociais e outras instituições, visando conscientizar e buscar apoio de toda a sociedade.

Durante o processo de formulação de uma política pública para a população negra, foi realizada a Reunião Regional de Consulta da Sociedade Civil sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), na qual participaram membros dos governos brasileiros e chilenos, a Organização dos Estados Americanos (OEA), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Organização Mundial da Saúde (OMS), outras

organizações da sociedade civil e movimentos sociais. Os membros do encontro reafirmaram a importância da saúde como um direito humano universal e um dever do Estado. A saúde, nesse caso, deveria ser compreendida como um conjunto de determinantes como a moradia e saneamento adequado, alimentação saudável, trabalho, educação, qualidade no acesso a saúde dentre outros. O principal resultado dessas discussões foi a criação de uma agenda comum de discussões sobre os DSS e a participação de todos na elaboração de políticas públicas.

Em julho de 2007, foi divulgado um Boletim sobre a Saúde da População Negra, formulado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, tendo como objetivo informar o Comitê Técnico de Saúde da População Negra e mobilizar a sociedade em geral, principalmente gestores, profissionais da saúde e agentes governamentais e não-governamentais para a implementação de uma política pública voltada para a população negra. A “Política Nacional de Saúde Integral da População Negra” buscava minimizar as iniquidades presentes no SUS. O referido documento estabelecia que as ações deveriam dar atenção à promoção da inclusão social, humanização e fortalecimento do controle e da participação social na busca pela equidade de direitos. Na ocasião as estratégias para implementação da Política eram a redução da mortalidade precoce da população negra, a ampliação do acesso e da melhoria dos serviços em saúde para a população negra, maior atenção à Saúde da Família, a implementação de uma política de âmbito nacional referente à doença falciforme e hemoglobinopatias, além de distúrbios nutricionais.

No ano de 2007, foram realizados diversos encontros regionais e oficinas na tentativa de informar os gestores municipais de saúde, membros do movimento negro e líderes das comunidades quilombolas, sobre a importância da implementação efetiva da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. No Plano Plurianual (PPA) setorial de 2008/2011, o Ministério da Saúde definiu como uma de suas ações a promoção da equidade em saúde de populações em condições de vulnerabilidade e iniquidade, visando melhorar as condições de saúde desses grupos. Dentre as propostas, destacam-se: a aprovação e apoio à implementação de políticas de promoção da equidade em saúde; capacitação de líderes de movimentos sociais sobre o direito à saúde, a defesa do SUS e determinantes sociais na saúde; capacitação de gestores e profissionais da saúde sobre a promoção da equidade no SUS; e realização de eventos

de promoção da equidade voltados para a população negra e quilombola e em situações de vulnerabilidade.

A Portaria n. 2.607/04 aprovou o Plano Nacional de Saúde – Um Pacto pela Saúde no Brasil. Com ele, o Ministério da Saúde entende que o principal problema do acesso da população negra à saúde pública não está diretamente ligado a fatores genéticos, mas sim são resultantes das condições socioeconômicas e educacionais e das desigualdades históricas que ocasionam situações de pobreza e de racismo. A criação desse Plano promoveu condições para um debate mais aberto entre os atores envolvidos com a temática e os agentes do Estado, convergindo para a busca de uma reformulação nas diretrizes da saúde da população negra.

Dentro dessa perspectiva, o Plano pela Saúde que trata das questões da saúde dos negros dá maior enfoque para ações que visem melhorar as condições sociais e de saúde, buscando reduzir os condicionantes que provocam uma série de doenças. Um dos princípios básicos, nesse caso, é oferecer qualidade no acesso aos serviços de saúde e um atendimento respeitoso. O Plano Nacional de Saúde estabelece como diretrizes e metas o incentivo à equidade em saúde, de modo a ampliar o acesso de comunidades quilombolas ao sistema público, considerando as diversidades culturais e regionais e a implantação do Programa Nacional de Anemia Falciforme em grande parte dos municípios brasileiros. Também foram entendidas pelo governo como prioridades em relação à população negra os seguintes problemas de saúde: mortalidade materna, mortalidade infantil, causas externas (homicídio), doenças crônico-degenerativas: hipertensão e diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, doenças mentais (depressão e alcoolismo), desnutrição em crianças, gestantes, idosos, DST/Aids e mortalidade por Aids em mulheres negras. O referido documento mencionava que, para que tais diretrizes fossem cumpridas, era necessário o envolvimento de gestores e trabalhadores de saúde de estados e municípios. Também eram necessárias a criação de políticas e ações eficazes, participação da sociedade civil, realização e divulgação de pesquisas que reconheçam as desigualdades raciais em saúde, e a promoção de encontros e seminários sobre o tema.

Além do Plano Nacional de Saúde, podem-se verificar diversas leis específicas que contribuíram para solidificar a importância da criação e da implantação de uma política de saúde para a população negra. No ano de 2005, foi instituído por meio da

Portaria n. 1.391/GM a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias. No mesmo ano, foi instaurada a Portaria SAS/MS n.55, que aprovou o Protocolo Clínico e diretrizes Terapêuticas em Doença Falciforme. Em 20 de novembro de 2010, o decreto n.4.887 regulamentou o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação de terras ocupadas por remanescentes das comunidades quilombolas de que trata o artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

Com a Portaria n. 204/07, que regulamenta o financiamento dos recursos federais para ações e serviços da saúde, a parte que se refere à Gestão do Pacto pela Saúde, incorporou algumas estratégias para a implementação da Política. A principal medida a ser destacada é a disponibilização de recursos para políticas específicas. Ainda em 2007, o decreto n.6.040 instituiu a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Já no ano de 2008, o Decreto 45.555 instituiu a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde das Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. A Portaria n. 90, também de 2008, atualizou a população em termos quantitativos de moradores de assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos, por município, para servir de base para as equipes de saúde da família e de equipes de saúde bucal. Em dezembro de 2011, a Portaria n. 2979 discorreu acerca da transferência de recursos aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no SUS, para a implementação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (ParticipaSUS), visando a promoção da equidade em saúde e a organização de Comissões Intergestores Regionais (CIR) e do Sistema de Planejamento do SUS.

A participação dos movimentos sociais constituiu elemento fundamental, pois foi através de sua organização que foi possível ampliar os espaços de debates, a construção de ideias e de saberes a partir da participação popular e de controle social. Além disso, através desse segmento foi possível tornar a problemática das iniquidades em saúde e do racismo institucional presente no SUS um problema visível, passível de ser objeto de uma análise mais criteriosa por membros do poder público.

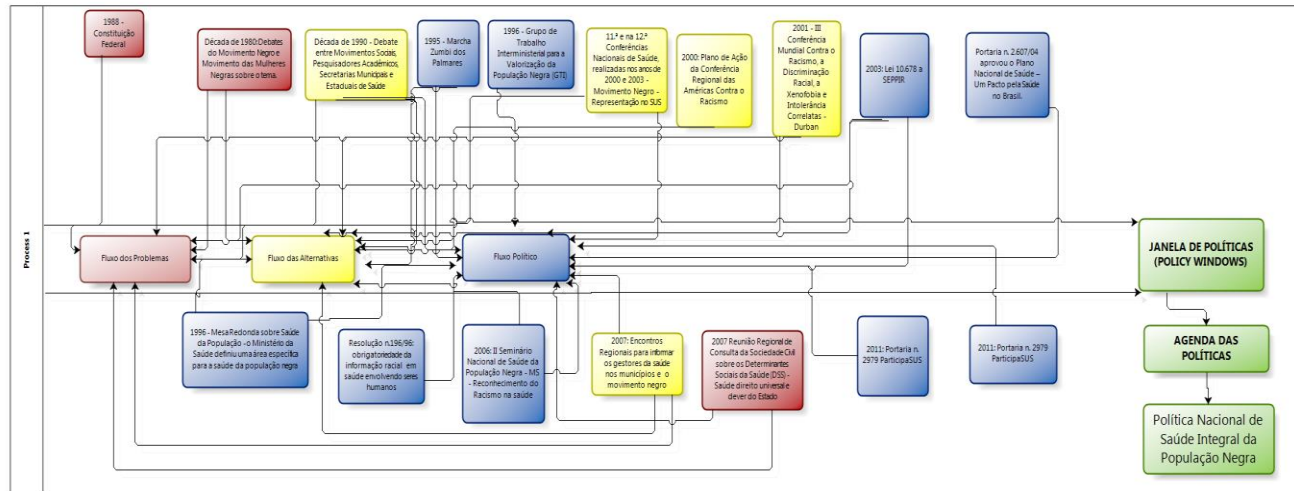
A partir dessa análise, percebe-se que a temática da saúde da população negra sempre foi uma questão social presente em organizações sociedade civil, principalmente o movimento negro e em estudos desenvolvidos por alguns pesquisadores acadêmicos

dedicados aos assuntos relacionados a população negra. Com o passar do tempo, como é possível observar no quadro 1, essa questão passou a despertar o interesse de tomadores de decisão e se tornou um problema passível de integrar a agenda das políticas públicas.

Também é possível perceber a pertinência dos seminários, congressos com a participação de membros dos movimentos sociais, pesquisadores, gestores de saúde dos três níveis do Estado, parlamentares e agências de cooperação internacional para difundir a relevância da elaboração de uma política pública específica sobre o tema. Os resultados das pesquisas e indicadores sociais apresentados, nesses encontros, mostraram a relevância de se aprofundar e ampliar os conhecimentos teóricos e metodológicos acerca do tratamento em saúde da população negra. As dinâmicas mostraram a necessidade de divulgar a problemática para os profissionais ligados à gestão e ao tratamento do indivíduo negro, tanto em uma perspectiva biológica, quanto num ponto de vista cultural e político, minimizando o racismo e as iniquidades sociais.

No decorrer deste processo, verifica-se como foi fundamental a participação de membros do governo empenhados com as demandas da saúde da população negra, criando um humor nacional (*national mood*) propício para a formulação de uma política pública. Um exemplo disso foi a promoção de diversos eventos realizados, no âmbito do Ministério da Saúde, para discutir de forma ampla a questão. Como observa Oliveira (2003), é necessário salientar, que tais encontros foram marcados por pontos de convergência, contradições e incompreensões, mas ao mesmo tempo promoveram grandes avanços no tratamento da questão. Além disso, cabe ressaltar as ações desenvolvidas por esses agentes políticos foram fundamentais para a criação da PNSIPN.

QUADRO 1: INTERRELAÇÃO ENTRE FLUXOS



Presented by
bizagi
Business

Fonte: Elaboração Própria

3.2 Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

A ampliação dos espaços públicos de debates possibilitou a formação de um cenário propício para a formulação de uma política em saúde para a população negra. A partir da valorização dessa questão específica foi redigido, pelo Comitê Técnico de Saúde da População Negra, em parceria com a Secretaria Estratégica e Participativa SEGEP/MS, em novembro de 2006, a Política Nacional de Saúde da População Negra. No ano 2009, foi instituída, por meio da Portaria n.992, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que representa uma importante conquista no que se refere às políticas afirmativas, uma vez que traz o reconhecimento do racismo e das desigualdades étnico-sociais como determinantes da qualidade de saúde desta população, e conseqüentemente, o principal motivador da criação dessa política.

A Política envolve tanto o Ministério da Saúde, quanto as três esferas de gestão do SUS, ou seja, federal, estadual e municipal. Cada Unidade Federada desenvolve estratégias de implantação próprias, de acordo as características regionais e culturais do local (VER QUADRO: 1, 2 e 3). O envolvimento político e o empenho dos gestores também configura um parâmetro de análise quanto ao seu alcance e os limites de implementação.

QUADRO 2 – RESPONSABILIDADES DO GESTOR FEDERAL

1. Implementação desta Política em âmbito nacional.
2. Definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).
3. Garantia da inclusão desta Política no Plano Nacional de Saúde e no PPA setorial 2008-2011.
4. Coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde.
5. Garantia da inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS.
6. Identificação das necessidades de saúde da população negra e cooperação técnica e financeira com os estados, Distrito Federal e municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e recursos.
7. Apoio técnico e financeiro para implantação e implementação de comitês técnicos de saúde da população negra ou instâncias similares no Distrito Federal, estados e municípios.
8. Garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a

Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004a).

9. Adoção do processo de avaliação como parte do planejamento e implementação das iniciativas de promoção da saúde integral da população negra, garantindo tecnologias adequadas.

10. Estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política.

11. Fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social.

12. Definição de ações intersetoriais e pluriinstitucionais de promoção da saúde integral da população negra, visando à melhoria dos indicadores de saúde da população negra.

13. Apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra.

14. Elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra.

15. Estabelecimento de parcerias governamentais e não-governamentais para potencializar a implementação das ações de promoção da saúde integral da população negra no âmbito do SUS.

16. Estabelecimento e revisão de normas, processos e procedimentos, visando à implementação dos princípios da equidade e humanização da atenção e das relações de trabalho.

17. Instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

Fonte: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

QUADRO 3 – RESPONSABILIDADES DO GESTOR ESTADUAL

1. Apoio à implementação desta Política em âmbito nacional.

2. Definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

3. Coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde, em âmbito estadual.

4. Garantia da inclusão desta Política no Plano Estadual de Saúde e no PPA setorial estadual 2008-2011, em consonância com as realidades locais e regionais.

5. Garantia da inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS.

6. Identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito estadual e cooperação técnica e financeira com os municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e recursos.

7. Implantação e implementação do comitê técnico estadual de saúde da população negra ou instância similar.

8. Apoio à implantação e implementação dos comitês técnicos municipais de saúde da população negra ou instâncias similares.
9. Garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004a).
10. Estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política.
11. Elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra.
12. Apoio aos processos de educação popular em saúde, referentes às ações de promoção da saúde integral da população negra.
13. Fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social.
14. Articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de efetivação desta Política.
15. Instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

Fonte: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

QUADRO 4 - RESPONSABILIDADES DO GESTOR MUNICIPAL

1. Implementação desta Política em âmbito municipal.
2. Definição e gestão dos recursos orçamentários financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).
3. Coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde.
4. Garantia da inclusão desta Política no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial 2008-2011, em consonância com as realidades e necessidades locais.
5. Garantia da inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS.
6. Identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito municipal, considerando as oportunidades e recursos.
7. Implantação e implementação de comitê técnico municipal de saúde da população negra ou instância similar.
8. Estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política.
9. Garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004a).
10. Articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de implementação desta Política.
11. Fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social.

12. Elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra.
13. Apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra.
14. Instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

Fonte: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

Uma característica importante da Política é buscar atingir a saúde da população negra de modo bastante amplo, incluindo ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças. Também procura contar com a gestão participativa, participação popular e controle social. Além disso, discorre acerca da formação de profissionais de saúde capacitados para o atendimento específico da população negra e da produção de conhecimento científico que sirvam de base para o desenvolvimento de ações e projetos dentro da perspectiva da política.

No texto da Política são definidos como seus princípios básicos a garantia dos direitos constitucionais cidadãos como a garantia da igualdade, o repúdio ao racismo e a dignidade da pessoa humana. Além disso, a política define claramente a consonância com o artigo 3º, inciso IV, da Constituição Federal de 1988, que estabelece “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”. Tais princípios estão inseridos na dinâmica do SUS e reafirmam a importância da equidade e do acesso integral aos serviços da população negra, reduzindo as desigualdades étnico-raciais e combatendo o racismo institucional em todos os níveis na saúde pública.

Um dos aspectos bastante importantes no desenvolvimento dessa política é a busca da redução das iniquidades em saúde decorrentes das desigualdades sociais. A principal meta do Ministério da Saúde com o desenvolvimento da Política é a implementação de medidas sanitárias que objetivam incorporar os principais determinantes no processo de saúde e nas condições de vida do cidadão. Do mesmo modo como entendem Whitehead (1992) e Rawls (2003, 2008), o desenvolvimento desta Política traz como desafio prático a garantia da justiça social e da equidade em saúde. Essa concepção visa tratar os serviços e as ações em saúde a partir das desigualdades e das diferenças culturais e étnicas entre os diversos grupos.

É importante ressaltar que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra enfoca não só a população negra, mas também grupos específicos em situação de vulnerabilidade social como as populações quilombolas; crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros com problemas de saúde mental em todas as fases de sua vida; mulheres negras, principalmente no que se refere à assistência ginecológica, obstétrica, puerpério, climatério, em situação de abortamento, e pessoas com anemia falciforme, objetivando qualidade no tratamento e atendimento farmacológico. Essas especificações visam minimizar os agravos decorrentes do efeito da discriminação racial e da exclusão social, que interferem na qualidade de saúde desses grupos.

Esta Política se organiza de forma transversal através do envolvimento da integralidade do sujeito, levando em consideração as várias fases do seu ciclo de vida, as demandas de gênero, as especificidades relacionadas à orientação sexual, deficiências físicas ou mentais permanentes ou temporárias, e as doenças comuns em indivíduos negros em função da genética. Ao mesmo tempo, há uma ênfase na valorização e capacitação os profissionais e gestores da saúde.

As principais diretrizes propostas por esta Política são a inclusão dos temas racismo e saúde da população negra na formação permanente dos trabalhadores em saúde; a ampliação da participação do movimento negro na gestão participativa do SUS; o incentivo para produção de pesquisas que gerem maior conhecimento sobre a saúde da população negra; o reconhecimento de saberes populares conservados pelas religiões de matrizes africanas; o monitoramento das ações que visem o combate ao racismo e a diminuição das desigualdades étnicos raciais; e a difusão de informações que desconstruam estigmas e preconceitos relacionados à população negra.

De acordo com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, é necessária uma série de medidas para tornar a saúde acessível a todos como a ampliação da participação da população negra, das grandes periferias, do campo, das florestas, dos quilombos, de centros urbanos em ações e serviços do SUS; a inclusão da temática do combate à discriminação de gênero, orientação sexual e raça/cor no processo de educação dos trabalhadores em saúde; o combate a qualquer tipo de violência e assédio moral no trabalho; a inclusão do quesito cor nos sistemas de dados de informação utilizados pelo SUS; a promoção juntamente com as três esferas do governo, de indicadores e metas para a garantia da equidade.

O II Plano Operativo, que compreende aos anos de 2013 a 2015, prevê uma série de estratégias para implementação desta Política estabelecendo diretrizes gerais como: 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; ampliação da participação do movimento social negros nas instâncias de controle social das políticas de saúde; incentivo às pesquisas científicas; reconhecimento dos saberes e práticas populares em saúde; monitoramento do combate ao racismo; práticas que desconstruam estigmas e preconceitos (BRASIL, 2013). As ações previstas são colocadas de forma muito ampla e dizem respeito a inclusão da temática étnico-racial nas capacitações; inclusão dos princípios e políticas de ação afirmativa nos concursos públicos para área da saúde; apoiar a participação dos movimentos sociais negros nos espaços de controle social e gestão participativa da saúde; qualificar a coleta do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde do SUS, nas três esferas de governo, fomentar junto à União, Estados e Municípios a implementação de ações e serviços de saneamento básico, para comunidades quilombolas, garantir acesso à exames de mamografias e pré-natal para mulheres negras; qualificar profissionais para tratar da anemia falciforme.

Também cabe aos gestores desenvolver ações específicas para combate e prevenção de morbimortalidade mais frequentes na população negra⁵, melhorar a atenção à saúde destinada a esse grupo em todas as faixas etárias, buscar melhorar os indicadores de saúde da população negra; além do fortalecimento das condições de saúde mental. As mulheres negras ganharam atenção especial da Política e, portanto, foram incorporadas uma série de ações que garantam melhores qualidade de acesso em saúde. Dentre elas destacam-se: o apoio técnico e financeiro para redes integradas que prestam serviço às mulheres em situação de violência sexual, doméstica e intrafamiliar; implementação de núcleos de prestação e de promoção da saúde em municípios e estados.

A partir do que foi exposto acima, pode-se perceber que os três principais pontos a serem destacados na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra são: a discussão acerca dos condicionantes sociais na perspectiva da garantia da igualdade de

⁵ Destacam-se neste caso: mortalidade materna e infantil, doença falciforme, DST/HIV/AIDS, tuberculose, hanseníase, câncer de colo uterino e de mama, transtornos mentais e agravos ocasionados por causas violentas.

direito; a questão do racismo (que se tratando de SUS atinge um nível institucional); e a participação dos agentes envolvidos no processo de formulação e implementação da Política. Estes três eixos representam os principais obstáculos de acesso da população negra aos bens sociais, no Brasil, principalmente no que se refere à esfera da saúde pública. Eles se interconectam, haja vista que os problemas relacionados à desigualdade social se manifestam e se expressam a partir de diferentes níveis e mecanismos que levam em conta critério de raça, sexo e cultura. Isso dentro do cotidiano das instituições, deixa transparecer a presença de um racismo institucional, que somente será erradicado destes espaços se for discutido pelos agentes envolvidos.

Os princípios e diretrizes do SUS estão ancorados nos ideais de equidade e justiça social e, por essa razão, a principal expectativa que se tem com a criação de uma política pública para a população negra é que ela atenuar as iniquidades presentes no SUS, diminuindo, assim, os índices de desigualdade social. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra traz como objetivo geral: “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS” (BRASIL, 2010, p.3).

A Política prioriza minimizar as desigualdades sociais oriundas da discriminação racial. Esse é um avanço na busca da equidade pela qual o SUS se pauta em seus princípios básicos. A equidade, nesse caso, é a garantia que os serviços de saúde sejam oferecidos para todos e que o tratamento seja diferenciado conforme as necessidades específicas do sujeito. Os desiguais teriam um acesso justo a um bem social, buscando reduzir os índices de vulnerabilidade destes grupos. A população negra é mais vulnerável a patologias decorrentes da exclusão social, cultural e econômica e os serviços de saúde nem sempre garantiram um atendimento adequado erradicando o problema.

É preciso ter clara a distinção entre a equidade em saúde e equidade no acesso aos bens de saúde. A primeira delas está relacionada a todos os condicionantes sociais que interferem na saúde do indivíduo ou de um grupo social e esta é determinante para amenizar as desigualdades sociais, o que garante melhores condições de saúde da população. Já o acesso aos serviços de saúde diz respeito à efetividade das práticas em saúde oferecidas no SUS. As duas dimensões são importantes e devem ser pensadas a

partir de estratégias específicas que levem em consideração questões regionais, econômicas e culturais.

A influência e a conexão existentes entre temas como desigualdade social e racial constituem um aspecto importante na análise desta Política. Eles agem de forma complementar um ao outro e, por isso, ocasionam a iniquidade social. Todavia cabe ressaltar que a garantia da equidade em saúde, nesse caso, é uma tarefa bastante complexa, haja vista que não serão oferecidos investimentos específicos na formação e no processo de educação de profissionais na área de saúde habilitados para tratar de questões específicas da saúde da população negra, nem tampouco serão desenvolvidas metas diferenciadas capazes de melhorar a integralidade e a universalidade do amplo a todos os níveis de complexidade do SUS.

O problema ainda maior reside na ampla desigualdade e exclusão, resquícios da história de escravidão do qual o negro foi vítima. Tais problemas são antigos e de difícil solução. Para isso, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra traz como proposta a formulação de diretrizes para redução das iniquidades raciais, através da análise de dados epidemiológicos e outras evidências. Porém; o principal dilema que a Política ainda não encontrou caminhos, ao menos em uma escala macro, é como operacionalizar tais propostas e como isso pode interferir efetivamente na garantia de maior equidade na saúde.

Outro ponto importante da Política é combate ao racismo, uma vez que esse tende a ultrapassar as relações pessoais do cotidiano e atinge uma perspectiva institucional. Este problema é reconhecido pelos movimentos sociais e pelo Estado e está presente em diversos níveis no SUS, tanto nas relações entre usuários e trabalhadores, entre dirigentes e trabalhadores e entre os próprios colegas de trabalho. Muito tem se discutido a respeito do tema racismo institucional, como um desafio a ser superado. Há diversas pesquisas que destacam a importância de seu reconhecimento e seu extermínio nos espaços do SUS (SILVEIRO, 2012; KALCKMANN, 2007; SAMPAIO, 2003). Um dos grandes avanços proporcionado pela Política é o reconhecimento do racismo institucional por parte do Ministério da Saúde, que aponta o problema como uma prática existente nos estabelecimentos de saúde, mas admite a dificuldade de mapear o problema, bem como de organizar práticas de enfrentamento. A compreensão de como o racismo se reproduz nas instituições é de fundamental

importância para estabelecer estratégias para disseminá-lo. Atrelado a isso, a participação da sociedade na organização e na estrutura do SUS abre espaço para debates e cria um ambiente propício para enfrentar o problema do racismo.

Entretanto, ainda há uma carência de estudos e dados concretos relacionados ao tema. Algumas pesquisas apontam estudos de caso que trazem relatos específicos de exemplos de racismo institucional (KALCKMANN,2007; SANTOS et al. 2011; LOPES, 2007). Abramo (2004) aponta que em qualquer indicador social há uma desvantagem das mulheres em relação aos homens, como também da população negra em relação à branca. Essa desvantagem é ainda maior quando se comparam mulheres brancas e negras. As mulheres negras sofrem uma dupla discriminação oriunda do racismo e do sexismo. No que tange ao acesso à saúde, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) revelou que 73% da população feminina em idade fértil eram usuárias exclusivas do SUS. Quanto o recorte era racial, observou que 80% das mulheres negras não possuíam plano de saúde, em contrapartida a 64% das mulheres brancas.

Ainda de acordo com Goes e Nascimento (2012), as mulheres brancas utilizam mais o serviço de cesariana que as mulheres negras. Isso reflete o racismo institucionalizado, pois ressaltam os estereótipos de que as mulheres negras são mais fortes que as mulheres brancas. A pesquisa desenvolvida por Kalckmann et al (2007), releva que essas ideologias fazem das práticas do cotidiano em estabelecimentos de saúde. Nas palavras da autora:

A análise de situações percebidas como discriminatórias revela que as atitudes parecem estar ligadas à ideologia do dominador que perpassa o cotidiano estando introjetada nos profissionais, como, por exemplo, acreditar que as pessoas negras são “mais fortes e resistentes à dor”, como: “Negro não adoece” (51 anos, auxiliar de enfermagem, preta); “Não é uma coisa assim fácil de falar, sinto que somos tratados com mais displicência” (51 anos, jornalista, cor preta); “Eu estava com muita dor e a médica falava: que é isso? Não dói tanto” (23 anos, professora, parda); “Rapaz! Um negão desse tamanho sentindo dor?” (55 anos, agente comunitário de saúde, cor preta); “Médicos atendem de forma diferente infratores negros e brancos”(37 anos, agente educacional da Febem, cor preta) (KALCKMANN, 2007, p. 6).

Do mesmo modo Leal e Gama e Cunha (2005) observaram que nas maternidades no Rio de Janeiro, quase um terço das mulheres negras não conseguiram atendimento no primeiro estabelecimento de saúde que procuraram e receberam menos

anestesia no parto normal do que as mulheres brancas. Assim, percebe-se que as mulheres negras estão em desvantagem em relação a mulheres brancas, visto que a integralidade de acesso aos serviços de saúde no caso das primeiras está diretamente influenciada por critérios de gênero e raça

O Ministério da saúde aborda a problemática do racismo institucional a partir de dados estatísticos referentes ao acesso tanto no que tange a qualidade, quanto à acessibilidade aos serviços do Sistema. Na maior parte dos documentos e materiais de divulgação desse órgão, verifica-se que as informações disponíveis a cerca do racismo institucional fazem referência a dados referente à desigualdade de acesso e não aborda o problema das práticas de racismo nas relações pessoais dentro das instituições.

Os estudos e materiais com relação ao tema relatam a dificuldade de identificação do racismo institucional, porque o racismo como um todo no Brasil ainda é invisível ou é coibido por legislação que trata essa prática como crime. Há também o problema de o racismo, no âmbito da saúde, se perder no argumento de que essa prática é algo cultural e não um problema de saúde pública. Assim como aborda López (2012), há dificuldade de se adotar as questões raciais nas políticas públicas. Muitas vezes, isso implica fazer com que as próprias instituições públicas tenham de assumir que são produtoras de um racismo institucional e, por isso, necessitam de políticas de igualdade racial. Trad et all. trazem em sua pesquisa sobre a percepção das políticas na saúde negra alguns relatos de usuários e profissionais que se opõe a esse tipo de política por julgarem que a saúde deve ser pensada para toda população, e não só para um grupo, negando assim a existência de qualquer tipo de racismo. O estudo transcreve esse relato que exemplifica claramente esse tipo de argumentação:

[...] eu acho erradíssimo quando a gente começa fazer um programa que há diferenciação, nosso programa tem que ser focado para a saúde, a saúde da população,entendeu? Todos nós temos que ter uma saúde preparada, e orientada, educada e com... Nós orientamos como fazer a preservação e não o tratamento.Vamos planejar a nossa saúde para a população e não vamos planejar a saúde para o negro, que se não tínhamos que planejar a saúde para o branco, entendeu? Então eu discordo completamente dessa diferenciação, nós temos... Todo povo brasileiro precisa de uma saúde integral (PS) (TRAD et al., 2012, p.189).

Outro problema, é que ainda se acredita que as únicas mazelas das quais os negros são vítimas é de anemia falciforme, deficiência de enzima hepática, diabetes

mellitus e doenças cardiovasculares e, portanto, não se justificaria uma política pública específica para tratar a questão da saúde da população negra. O debate em torno do racismo institucional permite romper com esse estigma e buscar uma compreensão mais ampla do problema.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, por sua vez, coloca como um dos pontos centrais de discussão o rompimento com esse tipo de racismo que tem raízes históricas. Uma política pública não será responsável por acabar com o racismo, que está presente na estrutura da sociedade brasileira desde o seu processo de colonização, mas ela pode expressar o compromisso de combater essa prática. A política tem a função de tornar o problema visível para a grande maioria das pessoas que pensam que no Brasil não existe racismo. A política pública atua, nesse caso, frente a todos os envolvidos nas dinâmicas do SUS, como os profissionais, os pacientes, sua rede social, e principalmente naqueles que acreditam que esse problema não existe.

Além da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, o Ministério da Saúde vem incorporando em outras políticas e documentos a importância do combate ao racismo institucional. A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, do ano de 2007, tem como um dos seus princípios o direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação. Além de estabelecer que a prioridade no atendimento deve se dar em função das condições clínicas do indivíduo, sem qualquer tipo de privilégio ou discriminação. O documento Humaniza SUS também faz referência ao combate de toda e qualquer desigualdade no âmbito da saúde. De acordo com o documento, é preciso reconhecer as diferenças e não aplacá-las. Apesar de nem sempre o termo racismo institucional ser usado de forma explícita, observa-se a constante preocupação na garantia da igualdade de tratamento. Outro documento importante é o Guia de Enfrentamento do Racismo Institucional, esse relatório foi elaborado por organizações feministas e antirracistas brasileiras, pelo governo federal e pela Organização das Nações Unidas no Brasil, em consonância com as metas do Plano Plurianual 2012-2015. O Guia busca oferecer elementos para a construção de diagnósticos, planos de ação e indicadores que visem combater o racismo institucional em todas as esferas da sociedade. A formulação desses documentos mostra que o Ministério da Saúde está preocupado com a discussão do tema e, conseqüentemente, com os efeitos que isso acarreta na população negra

A Política depende do envolvimento dos sujeitos envolvidos no processo de saúde. É necessário que se desconstruam as práticas racistas, muitas vezes naturalizadas e que perduram durante anos na sociedade e, em especial, nos espaços de oferta de serviços de saúde. A discussão desses preceitos deve ser realizada de forma ampla entre os gestores do SUS, possibilitando maior entendimento quanto à pertinência dessa política, uma vez que esses são os principais responsáveis pelas ações práticas e estratégias de implementação da política. A implementação da Política depende de um trabalho comprometido dos gestores com a formulação de uma agenda de atuação com pautas e estratégias de ação. Também há de se considerar o outro lado que é do indivíduo que deve assumir o seu papel de cidadão e cobrar que o racismo seja enfrentando de forma clara e aberta pelos responsáveis da instituição. As injustiças, os descuidos e os descasos foram os grandes causadores das iniquidades e da expansão do racismo. São essas práticas que devem ser evitadas para que não se perpetue na implementação das políticas públicas.

Por fim, percebe-se a relevância social desta política pública que acima de tudo prioriza o caráter afirmativo da questão, uma vez que considera o problema de acesso à saúde a partir das dimensões históricas, culturais, políticas e econômicas que sempre perpassaram a problemática racial. O texto da Política é bastante consistente e levanta questões específicas para a saúde da população negra. Apesar de sua relevância a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra enfrenta uma série de desafios como, por exemplo, a diversidade de problemas econômicos e regionais que interferem na saúde; o racismo institucional; a forma como o SUS se estrutura nacionalmente; a dificuldade de acesso aos serviços básicos e mais complexos do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra está pautada nos princípios e diretrizes do SUS. Ela se mostra relevante na medida em que pretende garantir a equidade de oportunidade de acesso e a integralidade no atendimento da rede pública de saúde, tendo por base questões étnico-raciais. É, acima de tudo, uma política pública de cunho afirmativo, que tem por meta promover a igualdade racial, combatendo o racismo institucional presente nas diversas instâncias do SUS.

O presente estudo se valeu do modelo teórico dos Fluxos Múltiplos (*Multiple Streams Model*) para analisar o processo de formulação dessa Política. Através da análise de documentos foi possível verificar que os debates sobre a saúde da população negra iniciaram, na década de 1970 e 1980, com o movimento negro, e ganhou amplitude com o processo de redemocratização e a luta pelas garantias dos direitos sociais. No entanto, no âmbito institucional, a promulgação da Constituição Federal de 1988 foi o marco definidor para que essas questões passassem a ser reconhecidas como relevantes para a sociedade. Junto a isso seguiu-se a realização de diversos encontros, conferências internacionais e congressos que reuniram membros do movimento negro, do movimento das mulheres negras, do governo e pesquisadores sobre o tema. Tais eventos foram importantes para ampliar o debate e levá-lo ao alcance de membros do governo e da sociedade. Além disso, também foram desenvolvidas diversas ações legais específicas em alguns estados e municípios com fins de incluir as demandas da população negra no escopo das políticas de saúde pública.

Portanto, pode-se constatar que a questão da saúde da população negra se desenvolveu a partir do debate dos membros da sociedade representados pelo movimento negro e movimento das mulheres negras, dos pesquisadores acadêmicos da temática racial e pelos três níveis de governo. Destaca-se a participação efetiva do movimento negro que exerceu uma correlação de forças pressionando, ao longo dos últimos anos, o Estado a garantir a equidade de direitos; e, ao mesmo tempo, difundindo suas ideias na sociedade. Os agentes do governo também exerceram papel importante na elaboração e na implementação da Política, uma vez que esses processos envolvem avaliações, disponibilidade de ação e a possibilidade de um problema de fato compor uma agenda de políticas públicas; e, com isso, necessitam um ambiente e pessoas que demonstrem receptividade a questão.

Essas interrelações contribuíram para que houvesse uma convergência no fluxo dos problemas, no fluxo das alternativas e no fluxo político, formando uma *policy window* (janela de políticas). Isso propiciou que a temática da saúde da população negra entrasse na agenda das políticas governamentais, dando origem à criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

O processo de formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a sua implementação envolve questões profundas da estrutura da sociedade brasileira. O principal debate que é colocado é a questão das desigualdades sociais, oriunda de um racismo que tem bases históricas, acarretando prejuízos de toda ordem na vida da população negra. A partir desse problema, o principal objetivo e desafio da Política é garantir a equidade de acesso e de atendimento em saúde para essa parcela da população.

O conceito de equidade, como foi visto ao longo deste trabalho, representa o aprofundamento da igualdade formal diante da lei. Ele propõe que as pessoas em situações diferentes sejam tratadas de forma especial. Este direito é reconhecido pela Constituição Federal de 1988 onde entende a diversidade multicultural e multi-étnica seja reconhecida através de suas peculiaridades, manifestações e expressões específicas. Na área da saúde, o SUS reconhece a equidade como um dos pilares norteadores na atenção à saúde e isso representa uma adequação das práticas e serviços em conformidade com essas especificidades.

É dentro deste princípio de justiça redistributiva que emerge a relevância da criação de uma Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. O estudo verificou que 1) a Política é pautada em três eixos principais a abordagem com relação aos condicionantes sociais que mostram a desvantagem da população negra e parda se comparada aos demais cidadãos; 2) o racismo institucional, prática frequente nos estabelecimentos de saúde no SUS e; 3) a participação dos agentes envolvidos na formulação e implementação da Política.

A criação desta torna-se importante não só para informar e envolver a sociedade no que diz respeito aos problemas relacionados a condições de saúde da população negra, para redução das iniquidades de raça, gênero, geracionais e classe; mas sobretudo para acabar com as práticas de racismo nas instituições. Como se trata de uma política

transversal é necessário o envolvimento de todos os responsáveis pela oferta de saúde, ou seja, gestores, profissionais de saúde, paciente e sua rede social.

Contudo, cabe salientar que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra ainda encontra grandes desafios a serem superados como o enfrentamento do racismo como um problema presente nas instituições e algo a ser combatido de forma eficaz. Além disso, a qualificação adequada dos profissionais de saúde para o tratamento de doenças específicas e o treinamento de todas as pessoas que trabalham na saúde depende de uma estrutura com profissionais e espaços qualificados para a sua execução. Além da necessidade de financiamento específico e adequado para a realização de ações que visem à prevenção e o tratamento de problemas de saúde que mais atingem a população negra, bem como a disponibilização de exames, medicamentos e equipamentos nas instituições de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMO, Laís. Perspectiva de gênero e raça nas políticas públicas. **Mercado de Trabalho**. Brasília: Ipea, 2004.

ADORNO, Theodor. **La personalidad autoritária**. Buenos Aires, Proyeccion, 1965.

AKERMAN, MARCO. Diferenciais Intra-Urbanos em São Paulo: Estudo de Caso de Macrolocalização de Problemas como Estratégia para influenciar Políticas Urbanas. In: **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia**. BARATA, Rita Barradas et al. (orgs.) Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Epidemiológica series, n.1, 1997.

ANJOS, José Carlos Gomes. Se as Raças não existem, é inegável que insistem! In: **Práticas de Justiça e Diversidade Cultural**. 2007 Disponível em: <http://prticasdejustiaediversidadecultural.blogspot.com.br/2007/06/se-as-raas-no-existem-inegvel-que.html> Acesso: 14 de nov. de 2013.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. Tradução: BINI, E.2. Ed. Bauru: EDIPRO, 2007.

AZEVEDO, Thales de. **Democracia Racial**. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1975.

BARBOSA, Maria Inês; Fernandes, Valcler R. . **Afirmando a saúde da população negra na agenda das políticas públicas**. São Paulo: Imprensa Oficial - São Paulo, 2005 (Temas em Saúde Coletiva).

BARRETO, José Henrique Silva. Diferenças raciais e a sua relação com a saúde. In: **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v. 28, n. 2, p. 242-258, 2004.

BELLINTANI, Leila Pinheiro. **Ação Afirmativa e os Princípios do Direito**. A questão das cotas raciais para ingresso no Ensino Superior no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. LUMEN JURIS, 2006.

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 19 set. 1990.

_____. Lei 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 28 dez. 1990.

_____. Lei n.12288 de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis n^{os} 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995,

7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 20 jul. 2010

_____. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf Acesso em: 07 de outubro de 2013.

_____. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília (DF), 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf Acesso em: 07 de outubro de 2013.

_____, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **II Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2013 – 2015)**. Nota Técnica 35, Agosto de 2013. Disponível em: <http://www.conass.org.br/Notas%20técnicas%202013/NT%20352013%20II%20Plano%20Operativo%20PNAISPN.pdf> Acesso em: 01 de dezembro de 2013.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. In: **Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília; 2006.

_____, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 204, DE 29 DE JANEIRO DE 2007**. Brasília, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html Acesso em: 10 de out de 2013.

_____, Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e saúde da Criança e da Mulher: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília, 2009.

CAPELLA, A. Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas. In: Políticas Públicas no Brasil. HOCHMAN, G. et al (Org.). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

PINA-CABRAL, João de. Racismo ou etnocentrismo?, In: *ARAÚJO*, Henrique Gomes; SANTOS, Paula Mota e SEIXAS, Paulo Castroxas (orgs.), **Nós e os Outros: a Exclusão Social em Portugal e na Europa**, Porto, Sociedade Portuguesa de Antropologia e Etnologia, pp. 19-26, 1998.

CARMICHAEL, S. e HAMILTON, C. **Black Power: the politics of liberation in America**. New York, Vintage, 1967, p. 4.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, Vozes, 2008.

CHEN, Lincoln C.; BERLINGUER, Giovanni. Equidad en la salud en un mundo que marcha hacia la globalización. In: **Equidad en la Salud de la ética a la acción**. The Rockefeller Foundation. Washington, 2001.

DELACAMPAGNE, Christian. Racism and the West: From Praxis to Logos”. In: GOLDBERG, David Theo (ed.). **Anatomy of Racism. Minneapolis: University of Minnesota Press**, 1990. *apud* GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo. **Racismo e Anti-racismo no Brasil**. São Paulo: 34 Ltda, 2005.

ELIAS, Paulo Eduardo. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. São Paulo: **São Paulo Perspec.**, v. 18, n. 3, set. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2013.

ESCOREL, Sarah. Equidade em Saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html> Acesso em: 18 set. 2013.

FIGUEIREDO, Ângela.; GROSGOUEL, Ramón. Racismo à brasileira ou racismo sem racistas: colonialidade do poder e a negação do racismo no espaço universitário. In: **Revista Sociedade e Cultura**. Goiânia, v. 12, n. 2, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fchf/article/view/9096>>. Acesso em: 14 de Nov. de 2013.

FIGUEROA, Alba Lucy. Conxtetualização Conceitual e Histórica. In: **Seminário Nacional Saúde da População Negra**. Brasília, 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_textos_basicos_snsnpn.pdf Acesso em: 28 de out. de 2013

FREITAS, D. **Raízes históricas do racismo brasileiro**. São Paulo: *D.O. Leitura*, v. 4, n. 42, 1985, p. 12-13.

FRY, Peter et al. (Orgs.). **Divisões perigosas: políticas raciais no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007

GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. Origem das Políticas de Saúde Pública no Brasil: do Brasil-Colônia a 1930. In: **Caderno de Textos do Departamento de Ciências Médicas da Escola de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto**, Ouro Preto, p. 1-33, 2009.

GOES, Emanuelle F.; NASCIMENTO, Enilda R. Mulheres negras e brancas, as desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Estado da Bahia, PNAD – 2008. In: **Saúde da População Negra**. Brasília: ABPN 2º Ed. 2012.

GOMES, Joaquim B. Barbosa. O Debate Constitucional sobre as ações afirmativas. In: **Ações Afirmativas. Políticas Públicas contra as Desigualdades Raciais**. SANTOS, Renato Emerson e LOBATO, Fátima (orgs.). Rio de Janeiro: DP&A. 2003.

GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo. **Racismo e Anti-racismo no Brasil**. São Paulo: 34 Ltda, 2005.

GUIMARAES, Antonio Sérgio Alfredo. Depois da democracia racial. In: **Tempo social**, São Paulo, v. 18, n. 2, nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702006000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 de nov. de 2013.

IBGE. PNAD. **Um panorama da saúde no Brasil**. Acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro, 2010.

JACCOUD, Luciana . Racismo e República: o debate sobre o branqueamento e a discriminação racial no Brasil. In: **As Políticas Públicas e a Desigualdade Racial no Brasil 120 anos após a Abolição**. THEODORO, Mário org. Brasília: IPEA, 2008.

KALCKMANN, Suzana et al. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?. In: **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, Ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902007000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 de nov. de 2013.

KINGDON, J. W. *Agendas, Alternativas, and Public Policies*, 3. ed. New York: Harper Collins, 2003.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. In: **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102005000100013&script=sci_arttext Acesso em: 01 de dezembro de 2013

LOPES F, Quintiliano R. Racismo institucional e o direito humano à saúde. In: **Democracia Viva**. jan/mar;34:8-16, 2007.

LÓPEZ, Laura Cecilia. O Conceito de racismo institucional: Aplicações no Campo da Saúde. In: **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v 16, n. 40, março de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000100010&script=sci_arttext Acesso em: 07 de dez. de 2013.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma; Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. In: **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, Agosto. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 de outubro de 2013.

NOGUEIRA, Odacy. Preconceito racial de marca e preconceito racial de origem: sugestão de um quadro de referência para a interpretação do material sobre relações raciais no Brasil. In: **Tanto Preto, Quanto Branco: Estudo de Relações Raciais**, p.67-93. São Paulo: T.A. Queiroz, 1985.

OLIVEIRA, F. (2003) *Saúde da população negra: Brasil ano 2001*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; SEPPPIR.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Carta da Organização Mundial de Saúde**, 1946. Disponível em <http://www.onuportugal.pt/oms.doc>. Acesso em: 18 set. 2013.

PETER, Fabienne; TYMOTHY, Evans. Dimensiones éticas de la equidade en la salud. In: **Equidad en la Salud de la ética a la acción**. The Rockefeller Foundation. Washington, 2001.

PINHEIRO, Marcelo Cardoso, **Equidade em saúde e as Conferencias Nacionais de Saúde pós Constituição Federal de 1988**. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003. 162p.

PNUD; OPAS. **Política Nacional de Saúde da População Negra**: uma questão de equidade. Brasília: Pnud, Opas, DFID, 2001.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. Histórias das Políticas de Saúde no Brasil: Uma Pequena Revisão. In: **Cadernos do Internato Rural** - Faculdade de Medicina/UFMG, 2001.

RAWLS, John. **O liberalismo político**. 2. ed. Tradução Dinah de Abreu Azevedo. São Paulo: Ática, 2000.

_____. **Justiça como Equidade**: Uma Reformulação. Tradução: BERLINER, C. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

_____. **Uma teoria da Justiça**. Tradução: SIMÕES, J. 3. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

REIS, Denizi. et al. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde. In: **Módulo Político Gestor**. São Paulo: UNA-SUS/UNIFESP, 2012. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf

RELATÓRIO do Comitê Nacional I - II Conferência Mundial das Nações Unidas contra o racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata: preparação da participação brasileira na III Conferência Mundial das Nações Unidas Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata (Durban: 31, ago. – 7, set. 2001) Brasília, agosto de 2001. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/discrim/relatorio.htm>>. (Acesso em: 14 de Nov. 2013).

SALLES, Pedro. **História da medicina no Brasil**. Belo Horizonte, Ed.G. Holman, 1971. p. 141-161.

SAMPAIO, Elias de Oliveira. Racismo institucional: desenvolvimento social e políticas públicas de caráter afirmativo no Brasil. In: **Interações – Revista Internacional de Desenvolvimento Local**, Campo Grande, v. 4, n. 6, p. 77-83, mar. 2003. Disponível em: <http://www.desenvolvimento.local.ucdb.br/Revistainteracoes6_elias_oliveira_pdf>. Acesso em: 15 de Nov. de 2013.

SANTOS, Andréia B. S.; COELHO, Thereza C. B.; ARAÚJO, Edna M. Racismo Institucional e Informação em Saúde. In: **Revista Baiana de Saúde Pública**. Vol. 35, supl. 1, p. 231-242, jan./jun. 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35nSupl1/a2311.pdf> Acesso em: 15 de novembro de 2013.

SANTOS, Larissa Linhares Vilas Boas. **O Princípio da Igualdade**. Âmbito Jurídico, v. 72, p. 7039-7039, 2010.

SEN, Amartya. Equidad em la salud: perspectivas, mensurabilidad y critérios. In: **Equidad en la Salud de la ética a la acción**. The Rockefeller Foundation. Washington, 2001.

SILVERIO, Valter Roberto. Ação afirmativa e o combate ao racismo institucional no Brasil. In: **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 117, nov. 2002. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01005742002000300012&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 02 de dezembro de 2013.

SODRÉ, Muniz. Uma genealogia das imagens do racismo. In: **Folha de São Paulo**, São Paulo, 19 mar. 1995. Disponível em: http://www1.folha.uol.com.br/fol/brasil500/zumbi_28.htm Acesso em: 11 de Nov. de 2013.

SPOSATI, A. Exclusão social abaixo da linha do Equador. In: VERÁS, M.P.B. (Ed.) **Por uma sociologia da exclusão social: o debate com Serge Paugam**. São Paulo: Educ, 1999.

TRAD, Leny et al. Percepção sobre a Política de Saúde da População Negra: perspectivas polifônicas. In: **Saúde da População Negra**. BATISTA, LUÍS EDUARDO; WERNECK, Jurema; LOPES, FERNANDA (orgs.) 2. Ed Brasília, DF: ABPN, 2012.

TRAVASSOS, Cláudia. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. In: **Cadernos de Saúde**. Vol. 13 n.2 Rio de Janeiro Apr./Jun., 1997.

WAGFTAFF, A.; VAN DOORSLAER, E. Equity in the finance and delivery of health care: concepts and definitions In: VAN DOORSLAER, E; WAGFTAFF, A.; RUTTEN, F. (Ed.). **Equity in the Finance and Delivery os Care: An Internacional Perspective**. Inglaterra: Oxford Medical Publications, Comission of the European Communities Health Research, n. 8, p. 7-19, 1993.

WEST, P.; CULLIS, J. **Introducción a la economía de la salud**. Oxford: Oxford University Press, 1979

WERNECK, Jurema. Racismo Institucional: uma abordagem conceitual. Brasília: Geledés, 2013.

WHITEHEAD, Margaret. The concepts and principles of equity in health. In: **International Journal of Health Services**, 22 (3): 429-445, 1992.

WIEVIORKA, Michel. **O Racismo, uma introdução**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2007.

ZAHARIADIS, N. The multiple streams framework: structure, limitations prospects. In: SABATIER, P. (Org.). **Theories of the policy process**. Cambridge, MA: Westview Press. 2007. p. 65-92

ZOBOLI, Elma L. C. Pavone. Et al. Equidade no SUS: em construção uma concepção política de justiça em saúde. In: **Revista BIOETHIKOS**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2010, p. 180 -188. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/76/180a188.pdf> Acesso em: 06 de dezembro de 2013.